**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA PASIEN DENGAN *HYPERTENSION HEART FAILURE* (*HHF*) DI RUANG JANTUNG**

**RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

****

Oleh :

**AISYAH**

**NIM. 182.0003**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2021**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA PASIEN DENGAN *HYPERTENSION HEART FAILURE* (*HHF*) DI RUANG JANTUNG**

**RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk**

**memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**AISYAH**

**NIM.182.0003**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2021**

**SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 01 Juni 2021

 **AISYAH**

**MATERAI 10000**

**NIM.182.0003**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : AISYAH

NIM : 182.0003

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis *Hypertension Heart Failure* (*Hhf*) Di Ruang Jantung A1 Rumah Sakit Tni Al Dr. Ramelan Surabaya**.**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)**

Surabaya, 01 Juni 2021

Pembimbing



Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03.001

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 01 Juni 2021

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah dari:

 Nama : AISYAH

 NIM : 182.0003

 Program Studi : D-III KEPERAWATAN

 Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis *Hypertension Heart Failure* (*Hhf*) Di Ruang Jantung A1 Rumah Sakit TNI – AL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah di Stikes Hang Tuah Surabaya, pada:

 Hari, tanggal : Senin, 14 Juni 2021

 Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Nur Huda, S.Kep., Ns., M. Kep, Sp.Kep.MB 

 NIP.03.020



Penguji II : Dr. Setiadi, S. Kep., Ns., M. Kep

 NIP. 03.001

Penguji III : Christina Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Kep

 NIP. 03.017

**Mengetahui,**

**Stikes Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi D-III Keperawatan**

**Dya Sustrami, S.Kep., Ns, M.Kes.**

**NIP. 03.007**

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 01 Juni 2021

**KATA PENGANTAR**

Puji Syukur kehadirat Allah *Subahanu Wata’alla* yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada Penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat kelulusan dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya dari kemampuan penulis saja, tetapi banyak pihak yang ikut membantu prosesnya pembuatan karya tulis ini, yang telah dengan ikhlas dan tulus membantu penulis demi terselesainya penulisan tersebut. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL, Sp.KL, selaku Kepala Rumah Sakit TNI-AL Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis ilmiah ini dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana pertama (purn), Dr. Av, Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumah Sakit TNI-AL Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep. Ns. M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dukungan dan motivasi penuh semangat dengan wawasan dan pengalaman yang dimiliki dalam upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Astrida Budiarti, M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku Wali Kelas kami yang senantiasa memberikan motivasi dan energy positive untuk kami tetap focus dalam mengerjakan karya tulis tersebut.
5. Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian nya dalam memberikan dorongan bimbingan, serta masukan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak Nur Huda, S.Kep., Ns., M.Kep,Sp.Kep.MB penguji I, Bapak Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep penguji II, dan ibu Christina Yuliastuti, S.Kep.. Ns., M.Kep penguji III terima kasih atas waktu untuk menguji pada saat saya sidang Karya Tulis Ilmiah dan terima kasih atas masukan dan penambahan wawasan nya kepada penulis.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui setiap Materi Mata Kuliah yang diberikan untuk pemenuhan nilai dan makna dalam penyempuranaan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga Staff, dan Administrasi yang tulus Ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Kedua orang tua tercinta Ayah Dedi Supriyadi dan Mama Sri Widari yang telah memberikan cinta dan kasih sayangnya yang tidak terhingga serta doa-doa terbaik yang telah dipanjatkan untuk kami serta semangat, motivasi, dan dukungan kepada kami hingga tercapainya Karya Tulis Ilmiah selesai dengan tepat waktu
9. Mas Ikhsan Karim selaku kaka kandung saya dan Mba Devi Ayu Lestari selaku mba ipar saya yang telah memberikan semangat, dukungan dan saran-saran pada Karya Tulis Ilmiah kami sehingga terselesaikan dengan tepat waktu
10. Dede Veriyanto, Rahayu, Tytani Nada Aprilita, Putri Handayani selaku sahabat saya SMA yang telah memberikan motivasi, dan semangat serta membantu ide-ide agar tercapainya Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Fera Indah Nofitayanti, Prasetya Eka Tresna NF, Muhammad Wahyudi sebagai sahabat sejati saja selama saya duduk di bangku perkuliahan yang selalu menberikan saya semangat dan motivasi saat saya mengerjakan Karya Tulis Ilmiah dan selama saya kuliah dan selalu menemani saya di saat suka maupun duka
12. Abang Marianus Aljen Mema seseorang yang berarti yang selalu memberikan semangat penuh, motivasi dan ide-ide serta memberi pengalaman sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan tepat waktu.
13. Teman-teman seperjuangan kami D-III Keperawatan khusus nya Kumara 24 tahun 2018 telah memberikan motivasi dan sama-sama memberikan sisi postivite agar selesainya Karya Tulis Ilmiah ini.
14. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis bisa mendoakan semoga Allah *Subahanu Wata’alla* membalasa kebaikan dari semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak sekali terdapat kesalahan serta kekurangan dan masih jauh dari kata kesempurnaan. Maka kritik dan saran yang konstruktif sangat dibutuhkan, harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca terutama bagi Civitas Akademika Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 2 Juni 2021

Penulis

**DAFTAR ISI**

Halaman Judul ....i

Surat Pernyataan ii

Halaman Persetujuan iii

Halaman Pengesahan ...iv

Kata Pengantar ..vi

Dartar Isi ..ix

Dartar Tabel ..xii

Daftar Gambar .xiv

**BAB 1. PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Rumusan Masalah 5

1.3 Tujuan Penulisan 5

1.4 Manfaat Penulisan 6

1.5 Metode Penulisan 7

1.6 Sistematika Penulisan 8

**BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Penyakit 9

2.1.1 Pengertian Hipertension Heart Failure 9

2.1.2 Anatomi Jantung 9

2.1.3 Fisiologis Jantung 12

2.1.4 Etiologi 14

2.1.5 Patofisiologis 17

2.1.6 Manifestasi Klinik 19

2.1.7 Klasifikasi 19

2.1.8 Tanda dan Gejala 19

2.1.9 Komplikasi 20

2.1.10 Pemeriksaan Diagnostik 22

2.1.11 Penatalaksanaan 23

2.1.12 Pemeriksaan Penunjang 24

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Hipertension Heart Failure 25

2.2.1 Pengkajian 25

2.2.1 Pemeriksaan Fisik 28

2.2.3 Diagnosa Keperawatan 30

2.2.4 Perencanaan 29

2.2.5 Pelaksanaan 29

2.2.6 Evaluasi 30

2.2.7 Kerangka Masalah 31

**BAB 3. TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian 32

3.2 Diagnosa Keperawatan 41

3.3 Rencana Keperawatan 45

3.4 Tindakan Keperawatan 45

3.5 Evaluasi 47

**BAB 4. PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian 49

4.2 Diagnosa Keperawatan 50

4.3 Perencanaan 52

4.4 Pelaksanaan 54

4.5 Evaluasi 56

**BAB 5. PENUTUP**

5.1 Simpulan 58

5.2 Saran 59

**DAFTAR PUSTAKA** 62

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi 19

Label 3.1 Laboratorium Pasien 41

Tabel 3.2 Terapi Pasien 41

Tabel 3.4 Analisia Data 42

Tabel 3.5 Prioritas Masalah 43

Tabel 3.6 Rencana Keperawatan 44

Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan 46

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologis Jantung 11

Gambar 2.2 Kerangka Masalah 32

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Hipertensi dikategorikan ringan apabila tekanan diastoliknya antara 95 – 104 mmHg, hipertensi sedsng jika tekanan diastoliknya 105 dan 114 mmHg, dan hipertensi berat jika tekanan diastoliknya 115 mmHg atau lebih. Pembagian ini berdasarkan peningkatan tekanan diastolic karena di anggap lebih serius dari peningkatan sistolik (Aaronson & Ward, 2010).. Hipertensi adalah tekanan darah tinggi atau istilah kedokteran menjelaskan hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadi gangguan pada mekanisme pengaturan tekanan darah (Asikin, 2016). *Hypertension Heart Failre (HHF)* adalah gagal jantung kanan yang disebabkan oleh hipertensi, kelainan fungsi jantung sehingga jantung tidak mampu memompa darah untuk memenuhi metabolisme jaringan dana tau kemampuannya ada kalua disertai peninggian volume diastolic secara abnormal.

Prognosis pasien gagal jantung buruk walaupun dengan terapi yang *adequate*. Data yang diperoleh sekitar 35% pasien pria bertahan hidup setelah onset akut gagal jantung dan 50% pada wanita. Secara umum didapatkan data mortalitas pada klas IV (adanya symptom saat istirahat) sekitar 30-70%, klas III (adanya symptom dengan aktiviitas ringan) 10-20%, klas II (adanya symptom saat aktivitas sedang 5-10%. Mortalitas lebih tinggi didapatkan pada pasien lebih tua, laki-laki, penurunan fraksi ejeksi dan adanya penyakit koroner. Biaya yang dikeluarkan untuk terapi gagal jantung di Amerika antara 15-40 trilyun US$ (Saunders, 2000).

Gagal Jantung adalah ketidakmampuan jantung mempertahankan curah jantung dengan adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolic dan suplay oksigen ke jaringan meskipun aliran

Diagnosis kardiovaskular yang jumlahnya meningkat cepat (Schilling, 2014). Di Dunia 31% dari 58 juta angka kematian disebabkan oleh penyakit kardiovaskular (WHO, 2016). Angka tersebut, benua Asia memiliki angka tertinggi kematian akibat penyakit jantung dengan jumlah penderita 276,9 ribu jiwa. Indonesia menduduki tingat kedua di Asia Tenggara dengan jumlah 371 ribu jiwa (WHO, 2014). Berdasarkan data Kementrian Republik Indonesia pada tahun 2011, penyakit jantung telah menjadi salah satu penyakit penting kesehatan di masyarakat dan merupakan penyebab kematian utama. Pada Riset Kesehatan Dasar atau Riskesdas pada tahun 2009, menunjukkan bahwa penyakit jantung menempati urutan ketiga terbanyak jumlah pasien di rumah sakit di Indonesia (Depkes, 2008).

balik vena adekuat (Stillwell, 2011). Gagal Jantung adalah suatu kondisi jantung yang gagalmemompa darah untuk mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh (nutrisi dan oksigen)yang adekuat (Udjianti, 2010).

Penyakit gagal jantung merupakan penyakit dengan kematian tertinggi. Pengobatan yang lama dan sering keluar masuk rumah sakit akan memberikan dampak terhadap kualitas hidup pasien terhadap penyakit yang dialaminya. Dampak yang dialami merupakan reaksi psikologis terhadap dampak dari gagal jantung yang dihadapi oleh pasien (Zaviera, 2007). Hampir semua pasien yang mempunyai penyakit jantung mengetahui jantung merupakan organ terpenting dan jantung yang rusak akan mengancam kesehatan. Hal ini yang menyebabkan pasien gagal jantung merasa cemas, kesulitan tidur, merasa deprsesi dan merasa putus asa akan penyakit yang dideritanya (Black, 2005). Dalam mengetahui penyakit yang dideritanya serius, seseorang akan berfikir tentang penyakitnya, cara pengobatan yang akan ditempuh, biaya yang dihabiskan, progdosis penyakitnya, dan lama penyembuhan dari penyakitkan. Hal ini yang menyebabkan kualitas hidup pasien gagal jantung sangat rendah. Hal ini terkait dengan tingginya tingkat kematian, sering rawat inap, fisik yang melemah dan koknitif menurun serta mengurangi kualitas hidup pasien tersebut (American Heart Assosiation, 2007).

Prevalensi Hipertensi atau tekanan darah di Indonesia cukup tinggi. Selain itu, akibat yang ditimbulkannya menjadi masalah kesehatan masyarakat. Hipertensi, merupakan salah satu faktor risiko yang paling berpengaruh terhadap kejadian penyakit jantung dan pembuluh darah. Hipertensi sering tidak menunjukkan gejala, sehingga baru disadari bila telah menyebabkan gangguan organ seperti gangguan fungsi jantung atau stroke. Tidak jarang hipertensi ditemukan secara tidak sengaja pada waktu pemeriksaan kesehatan rutin atau datang dengan keluhan lain. Demikian disampaiakan Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (PP dan PL), Kemenkes, Prof. dr. Tjandra Yoga Aditama mengenai beberapa Masalah Hipertensi di Indonesia.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 menunjukkan, sebagian besar kasus hipertensi di masyarakat belum terdiagnosis. Hal ini terlihat dari hasil pengukuran tekanan darah pada usia 18 tahun ke atas ditemukan prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 31,7%, dimana hanya 7,2% penduduk yang sudah mengetahui memiliki hipertensi dan hanya 0,4% kasus yang minum obat hipertensi, menunjukkan, 76% kasus hipertensi di masyarakat belum terdiagnosis atau 76% masyarakat belum mengetahui bahwa mereka menderita hipertensi.

Tekanan darah arteri sistemik merupakan hasil perkalian total resistensi/ tahanan perifer dengan curah jantung (*cardiac output*). Hasil *Cardiac Output* didapatkan melalui perkalian antara *stroke volume* (volume darah yang dipompa dari ventrikel jantung)dengan *hearth rate* (denyut jantung). Sistem otonom dan sirkulasi hormonal berfungsi untuk mempertahankan pengaturan tahanan perifer. Hipertensi merupakan suatu abnormalitas dari kedua faktor tersebut yang ditandai dengan adanya peningkatan curah jantung dan resistensi perifer yang juga meningkat (Kowalak, 2011; Ardiansyah, 2012).

Tekanan darah yang meningkat secara terus-menerus pada pasien hipertensi dapat menyebabkan beban kerja jantung akan meningkat. Hal ini terjadi karena peningkatan resistensi terhadap ejeksi ventrikel kiri. Agar kekuatan kontraksi jantung meningkat, ventrikel kiri mengalami hipertrofi sehingga kebutuhan oksigen dan beban kerja jantung juga meningkat. Dilatasi dan kegagalan jantung bisa terjadi, jika hipertrofi tidak dapat mempertahankan curah jantung yang memadai. Karena hipertensi memicu aterosklerosis arteri koronaria, maka jantung bisa mengalami gangguan lebih lanjut akibat aliran darah yang menurun menuju ke miokardium, sehingga timbul angina pektoris atau infark miokard. Hipertensi juga mengakibatkan kerusakan pada pembuluh darah yang semakin mempercepat proses aterosklerosis dan kerusakan organorgan vital seperti stroke, gagal ginjal, aneurisme dan cedera retina (Kowalak, 2011).

Kerja jantung terutama ditentukan besarnya curah jantung dan tahanan perifer. Umumnya curah jantung pada penderita hipertensi adalah normal. Adanya kelainan terutama pada peninggian tahanan perifer. Peningkatan tahanan perifer disebabkan karena vasokonstriksi arteriol akibat naiknya tonus otot polos pada pembuluh darah tersebut. Jika hipertensi sudah dialami cukup lama, maka yang akan sering dijumpai yaitu adanya perubahan-perubahan struktural pada pembuluh darah arteriol seperti penebalan pada tunika interna dan terjadi hipertrofi pada tunika media. Dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia, maka sirkulasi darah dalam otot jantung tidak mencukupi lagi sehingga terjadi anoksia relatif. Hal ini dapat diperjelas dengan adanya sklerosis koroner (Riyadi, 2011).

Pencegahan yang bisa dilakukan adalah upaya mempertahankan kualitas hidup penderita. Pencegahan tertier dilaksanakan melalui tindak lanjut dini dan pengelolaan hipertensi yang tepat serta minum obat teratur agar tekanan darah dapat terkontrol dan tidak memberikan komplikasi seperti penyakit ginjal kronik, stroke dan jantung. Penanganan respon cepat juga menjadi hal yang utama agar kecacatan dan kematian dini akibat penyakit hipertensi dapat terkendali dengan baik. Pencegahan tertier dilaksanakan agar penderita hipertensi terhindar dari komplikasi yang lebih lanjut serta untuk meningkatkan kualitas hidup dan memperpanjang lama ketahanan hidup. Prof. Tjandra mengatakan, ntuk mendeteksi atau menegakkan diagnosis penyakit hipertensi, sangat sederhana yaitu dengan mengukur tekanan darah menggunakan tensimeter. Hipertensi ditegakkan bila tekanan darah ≥ 140/90 mmHg.

Pengobatan atau penatalaksanaan hipertensi membutuhkan waktu lama, seumur hidup dan harus terus menerus. Jika modifikasi gaya hidup tidak menurunkan tekanan darah ke tingkat yang diinginkan, maka harus diberikan obat. Sarana dan prasarana untuk diagnosis dan mengobati hipertensi, termasuk mendeteksi kemungkinan terjadi kerusakan organ target atau komplikasi pada dasarnya sudah tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan. Peningkatan pengetahuan masyarakat tentang cara mencegah dan mengendalikan faktor risiko perlu dilakukan melalui penyuluhan / dialog interaktif secara massal dan / atau konseling faktor risiko secara terintegrasi pada individu dengan factor resiko sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

* 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas pada penyakit Hipertensi Heart Failure (HHF) maka penulis akan melakukan pengkajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan *Hypertension Heart Failure (HHF)* dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan diagnisa medis *Hypertension Herat Failure (HHF)* di Ruang Jantung A1 Rumah Sakit TNI AL Dr. Ramelan Surabaya”.

* 1. **Tujuan Penulisan**
		1. **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnose diagnisa medis Hipertensi Heart Failure (HHF) di Ruang Jantung A1 Rumah Sakit TNI AL Dr. Ramelan Surabaya.

* + 1. **Tujuan Khusus**
1. Mengkaji klien dengan diagnosa medis Hipertensi Heart Failure (HHF) di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Hipertensi Haeart Failure (HHF) di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Hipertensi Heart Failure (HHF) di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Hipertensi Heart Failure (HHF) di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi klien dengan diagnosa medis Hipertensi Heart Failure (HHF) di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Hipertensi Heart Failure (HHF) di Ruang Jantung RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
	1. **Manfaat Penulisan**

Terkait dengan tujuan yang dibuat, maka Tugas Akhir Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat pada :

* + 1. **Akademik**

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensive Heart Failure (HHF)

* + 1. **Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :**
	1. Bagi pelayanan keperawatan dirumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensive Heart Failure (HHF) dengan baik dan sesuai dengan SOP (Standar Operasional Prosedur)

* 1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan penelitian karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien Hipertensive Heart Failure (HHF).

* 1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahamanyang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien Hipertensive Heart Failure (HHF)

* 1. **Metode Penulisan**
	2. **1 Metode**

Metode penulisan secara deskriptif dimaa penulis mendeskripsikan asuhan keperawatan pada psien *Hypertension Heart Failure (HHF)* yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas, data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan pendokumnetasian.

* + 1. **Teknik Pengumpulan Data**
			1. Wawancara

Data diambil dan diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

* + - 1. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan yang dilakukan kepada pasien.

* + - 1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya

* + 1. **Sumber data**
1. Data primer

Data primer dilakukan pada saat penulis karya tulis ilmiah melakukan pengkajian pada tanggl 27 April 2021 melalui wawancara dengan pasien

1. Data sekunder

Data sekunder didapatkan pada data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

* + 1. **Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan yaitu mempelajari pengumpulan data dengan melakukan penelaahan terhadap buku, literatur, catatan, serta berbagai laporan yang berkaitan dengan masalah yang ingin dipecahkan sesuai dengan Karya Tulis Ilmiah yang dibahas

* 1. **Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman udul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut pandang medis dan suhan keperawatan klien dengan diangnosa Vomiting serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan medikal bedah *Hypertension Herat Failure (HHF).* Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit *Hypertension Heart Failure (HHF)* dengan melakukan asuhan keperawtan yang terdiri dari pengkajian, diagnose, perencanaan pelaksanaan,evaluasi.

* 1. **Konsep Penyakit**
		1. **Pengertian Hipertensi Heart Failure (HHF)**

Kondisi ini terjadi jika bilik kanan jantung, tidak mampu memompa darah yang berasal dari tubuh ke paru-paru. Akibatnya, terjadi penumpukan darah di pembuluh balik. Penumpukan darah tersebut akan membuat penumpukan cairan di berbagai area tubuh, seperti kaki dan perut.Gagal jantung juga dapat terjadi di kedua bagian jantung, yang disebut gagal jantung biventricular. Apabila hal ini terjadi, penderitanya akan mengalami gejala seperti sulit bernapas maupun penumpukan cairan di berbagai area tubuh.

Hipertensi Heart Failure adalah komplikasi penyakit jantung pada pasien hipertensi yang disebabkan tingginya tekanan darah dan proses aterosklerosis yaitu proses pengerasan pada pembuluh darah bahkan menjadi plak berupa endapan lemak, kolesterol, trombosit, sel makrofag, leukosit, kalsium dan produk sampah seluler yang mengganggu aliran darah jantung ke seluruh tubuh (PAPDI, 2014).

Hipertensi heart failure merupakan suatu proses sistematis yang biasanya merupakan suatu proses sistematis yang biasanya merupakan peristiwa yang panjang dan berakhir dengan kegagalan fungsi jantung yang memicu terjadinya bendungan pada paru sehingga terjadi space yang berakibat kegagalan ventilasi alveolar (Paul L. Marino, 1991).

* + 1. **Anatomi Jantung**

Jantung merupakan organ muskular berongga, bentuknya menyerupai piramid atau jantung pisang yang merupakan pusat sirkulasi darah keseluruh tubuh, terletak dalam rongga toraks pada bagian mediastinum. Ujung jantung mengarah ke bawah, ke depan bagian kiri. Basis jantung mengarah ke atas, ke belakang, dan sedikit ke arah kanan. Pada basis jantung

terdapat aorta, batang nadi paru, pembuluh balik atas dan bawah dan pembuluh balik paru (Muttaqin, 2009).



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologis Jantung

Jantung adalah sebuah rongga, berbentuk kerucut, organ otot berongga berukuran kira-kira sebesar kepalan tangan. Berkontraksi sekitar 2,5 miliar kali dan memompa sekitar 50 juta galon darah dalam waktu hidup rata-rata. Bagian bawah, yang disebut bagian atas apex (puncak), miring kedepan dan kebawah kearah sisi kiri tubuh dan menempel pada diafragma. Bagian atas jantung, disebut base (basis/dasar), berada/terletak di bawah tulang rusuk kedua. Karena posisi jantung miring, sekitar 2/3 dari organ berada di sebelah kiri garis tengah, dan 1/3 ke kanan (Nursalam, 2013).

Jantung merupakan organ utama dalam sistem kardiovaskuler. Jantung dibentuk oleh organ-organ muscular, apex dan basis cordis, atrium kanan dan kiri serta ventrikel kanan dan kiri. Ukuran jantung panjangnya kira-kira 12 cm, lebar 8-9 cm seta tebal kira-kira 6 cm. Berat jantung sekitar 7-15 ons atau 200 sampai 425 gram dan sedikit lebih besar dari kepalan tangan. Setiap harinya jantung berdetak 100.000 kali dan dalam masa periode itu jantung memompa 2000 galon darah atau setara dengan 7.571 liter darah (Fauziah 2015).

Struktur dan Fungsi Jantung (Muttaqin, 2009).

1. Vena Cava, berfungsi sebagai reservoir dan jalan darah menuju atrium kanan.
2. Atrium Kanan, yang memiliki lapisan dinding yang tipis berfungsi sebagai tempat penyimpanan darah dan mengalirkan darah dari vena-vena sirkulasi sistematis ke dalam ventrikel kanan dan kemudian ke paru-paru.
3. Ventrikel Kanan, berfungsi untuk menghasilkan kontraksi bertekanan darah, yang cukup untuk mengalirkan darah ke dalam arteri polmunalis.
4. Atrium Kiri, berfungsi untuk menerima darah yang sudah di oksigenasi dari paru-paru melalui vena polmunalis.
5. Vetrikel Kiri, berfungsi untuk memompa darah yang mengandung oksigen ke sirkulasi sistemis.
6. Katup Atrioventrikuler, terletak pada atrium dan ventrikel. Katup yang terletak antara atrium kanan dan ventrikel kanan ini mempunyai 3 buah katup yang disebut katup trikuspidalis. Sedangkan katup yang terletak antara atrium kiri dan ventrikel kiri mempunyai dua buah daun katup yang disebut katup mitral. Katup atrioventrikuler memungkinkan darah mengalir dari masing-masing atrium ke ventrikel pada fase diastolik ventrikel (dilatasi) dan mencegah aliran balik pada fase sistolik ventrikel (kontraksi).
7. Katup Semilunar, berfungsi mencegah aliran balik selama ventrikel melakukan relaksasi (diastolik).
8. Vena Pulmonar, berfungsi mengalirkan yang mengandung oksigen ke atrium kiri.
9. Aorta, berfungsi mengalirkan darah yang mengandung oksigen ke sirkulasi sistemis.
	* 1. **Fisiologi Jantung**

Jantung terdiri dari tiga tipe otot utama yaitu otot atrium, otot ventrikel, dan serat otot khusus pengantar rangsangan, sebagai pencetus rangsangan. Tipe otot atrium dan ventrikel berkontraksi dengan cara yang sama seperti otot rangka dengan kontraksi otot yang lebih lama. Sedangkan serat khusus penghantar dan pencetus rangsangan berkontraksi dengan lemah sekali, sebab serat-serat ini hanya mengandung sedikit serat kontraktif. Serat ini menghambat irama dan berbagai kecepatan konduksi, sehingga serat ini bekerja sebagai suatu sistem pencetus rangsangan bagi jantung (Syaifuddin, 2011).

1. Sifat ritmisitas/otomatis: otot jantung secara potensial dapat berkontraksi tanpa adanya rangsangan dari luar. Jantung dapat membentuk rangsangan (impuls) sendiri. Pada keadaan fisiologis sel-sel miokardium memiliki daya kontraktilitas yang tinggi.
2. Mengikuti hokum gagal atau tuntas: bila impuls yang dilepas mencapai ambang rangsang otot jantung maka seluruh jantung akan berkontraksi maksimal, sebab susunan otot jantung sensitif sehingga impuls jantung segera dapat mendapat semua bagian jantung. Jantung selalu berkontraksi dengan kekuatan yang sama. Kekuatan kontraksi dapat berubah-ubah bergantung pada faktor tertentu. Misalnya serat otot jantung, suhu, dan hormone tertentu.
3. Tidak dapat berkontraksi tetanik: Refraktor absolut pada otot jantung berlangsung sampai sepertiga masa relaksasi jantung merupakan upaya tubuh untuk melindungi diri.
4. Kekuatan kontraksi dipengaruhi panjang awal otot: bila seberkas otot rangka di regang kemudian dirangsang secara maksimal, otot tersebut akan berkontraksi dengan kekuatan tertentu. Serat otot jantung akan bertambah panjang bila volume diastoliknya bertambah. Bila peningkatan diastolic melampaui batas tertentu kekuatan kontraksi akan menurun kembali.

Jantung adalah organ yang berfungsi memommpa darah untuk memenuhi kebutuhan suplai oksigen bagi seluruh jaringan. Darah akan mengalir melalui vena cava superior dan inferior darah dari sistem vena sistemik masuk ke dalam atrium kanan. Setelah itu, di pompa keventrikel kanan melalui katup trikuspidal. Selanjutnya, ventrikel kanan akan memompa darah ke dalam arteri pulmonal melalui katup pulmonal. Setelah mencapai kapiler alveoli, darah yang telah berikatan dengan oksigen akan dialirkan ke dalam vena pulmonalis dan masuk ke atrium kiri. Selanjutnya, darah dipompakan ke ventrikel kiri melalui katup mitral. Darah yang terkumpul diventrikel kiri kemudian akan dipompakan ke seluruh tubuh melalui katup aorta dan sistem vaskular sistemik. Dalam rangka memenuhi fungsi tersebut, maka jantung mempunyai struktur yang spesifik baik secara mikroskopis, makroskopis atau anatomis. (Udjianti, 2013).

* + 1. **Etiologi**

Sekitar 90% hipertensi dengan penyebab yang belum di ketahui pasti disebut dengan hipertensi primer atau esensial, sedangkan 7% disebabkan oleh kelainan ginjal atau hipertensi renalis dan 3% disebabkan oleh kelaianan hormonal atau hipertensi hormonal dan penyebab lainnya (Muttaqin, 2009).

Menurut Mansjoer (2001) dalam Kadavi (2017), terdapat 2 faktor penyebab penyakit jantung hipertensi yaitu (1) Peningkatan tekanan darah tidak terkontrol, (2) Peningkatan hipertrofi mengakibatkan berkurangnya kepadatankapiler perunit otot jantung bila timbul hipertrofi eksentrik

Berdasarkan Penyebabnya Hipertensi Terbagi Menjadi Dua Golongan :

1. Hipertensi Esensial atau primer

Merupakan 90% dari seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi esensial yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah yang tidak diketahui penyebabnya (idiopatik). Beberapa factor diduga berkaitan dengan berkembangnya hipertensi esensial seperti berikut ini.

1. Genetik: individu yang mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi, beresiko tinggi untuk mendapatkan penyakit ini.
2. Jenis kelamin dan usia: laki-laki berusia 35-50 tahun dan wanita pasca menopause beresiko tinggi untuk mengalami hipertensi.
3. Diet: konsumsi diet tinggi garam atau lemak secara langsung berhubungan dengan berkembangnya hipertensi.
4. Berat badan: obesitas (>25% di atas BB ideal) dikaitkan dengan berkembangnya hipertensi.
5. Gaya hidup: merokok dan konsumsi alcohol dapat meningkatkan tekanan darah, bila gaya hidup menetap.
6. Hipertensi Sekunder

Merupakan 10% dari seluruh kasus hipertensi adalah hipertensi sekunder, yang didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah karena suatu kondisi fisik yang ada sebelumnya seperti penyakit ginjal atau gangguan tiroid. Factor pencetus munculnya hipertensi sekunder antar lain: penggunaan kontrasepsi oral, coarctation aorta, neurogenic (tumor otak, ensefalitis, gangguan psikiatris), kehamilan, peningkatan volume intravascular, luka bakar, dan stress (Udjianti, 2013).

Etiologi hipertensi sekunder pada umumnya diketahui. Berikut ini beberapa kondisi yang menjadi penyebab terjadinya hipertensi sekunder (Udjianti, 2013).

1. Penggunaan kontrasepsi hormonal (estrogen).

Obat kontrasepsi yang berisi entrogen dapat menyebabkan hipertensi melalui mekanisme Reninaldosteron-mediated volume expansion. Dengan penghentian oral kontrasepsi, tekanan darah normal kembali setelah beberapa bulan.

1. Penyakit parenkim dan vaskular ginjal

Merupakan penyebab utama hipertensi sekunder. Hipertensi renovaskular berhubungan dengan penyempitan satu atau lebih arteri besar yang secara langsung membawa darah ke ginjal. Sekitar 90% lesi arteri renal pada klien dengan hipertensi disebabkan oleh aterosklerosis atau fibrous dysplasia (pertumbuhan abnormal jaringan fibrus). Penyakit parenkim ginjal terkait dengan infeksi, inflamasi, dan perubahan struktur, serta fungsi ginjal.

1. Gangguan endokrin.

Disfungsi medula adrenal atau korteks adrenal dapat menyebabkan hipertensi sekunder. Adrenal-mediated hypertension disebabkan kelebihan primer aldosteron, kortisol, dan katekolamin. Pada aldosteronisme primer, kelebihan aldosteron menyebabkan hipertensi dan hypokalemia. Aldosteronisme primer biasanya timbul dari benigh adenoma korteks adrenal.

Pheochromocytomas pada medula adrenal yang paling umum dan meningkatkan sekresi katekolamin yang berlebihan. Pada sindrom cushing, kelebihan glukokortikoid yang diekskresi dari korteks adrenal. Sindrom chushing’s mungkin disebabkan oleh hiperplasi adrenokortikal atau adenoma adrenokortikol.

1. Coarctation aorta.

Merupakan penyempitan aorta kongenital yang mungkin terjadi beberapa tingkat pada aorta torasik atau aorta abdominal. Penyempitan menghambat aliran darah melalui lengkung aorta dan mengakibatkan tekanan darah di atas area kontriksi.

1. Neurogenik: tumor otak, encephalitis, dan gangguan psikiatrik.

Kondisi di mana sirkulasi darah menjadi tidak normal akibat [cedera saraf tulang belakang](https://www.alodokter.com/cedera-saraf-tulang-belakang). Kondisi yang juga dikenal dengan nama syok vasogenik ini dapat membahayakan karena membuat tekanan darah dalam tubuh tiba-tiba turun secara drastis ([syok](https://www.alodokter.com/syok)), sehingga menimbulkan kerusakan pada berbagai jaringan tubuh. Jika dibiarkan, syok neurogenik dapat menjadi fatal. Oleh karena itu, identifikasi awal dan penanganan yang cepat dibutuhkan untuk mencegah cedera saraf tulang belakang lebih lanjut.

1. Kehamilan.
2. Luka bakar.
3. Peningkatan volume intravascular.
4. Merokok

Nikotin dalam rokok merangsang pelepasan katekolamin. Peningkatan katekolamin menyebabkan iritabilitas miokardial, peningkatan denyut jantung, dan menyebabkan vasokontriksi, yang mana pada akhirnya meningkatkan tekanan darah(Udjianti,2013).

Penyebab hipertensi primer adalah gangguan emosi, obesitas, konsumsi alcohol yang berlebihan, kopi, obat– obatan, faktor keturunan.Umumnya gejala baru terlihat setelah terjadinya komplikasi. Komplikasi yang terjadi apabila tekanan darah tinggi tidak diobati dan ditanggulangi, maka dalam jangka panjang akan menyebabkan kerusakan arteri didalam tubuh sampai organ yang mendapat suplai darah dari arteri tersebut. Komplikasi hipertensi dapat terjadi pada organ jantung, otak, ginjal dan mata, sehingga dapat mengakibatkan gagal jantung, resiko stroke, kerusakan pada ginjal dan kebutaan (Brunner & Suddart, 2015).

* + 1. **Patofisiologis**

Adapun patofisiologi gagal jantung hipertensi yang dikemukakan oleh PAPDI (2000) ialah sebagai berikut :

1. Stadium permulaan hipertesi, hipertrofi yang terjadi adalah difus (konsentrik). Rasio masa dan volume akhir diastolik ventrikel kiri meningkat tanpa perubahan yang berarti pada fungsi pompa efektif ventrikel kiri.
2. Stadium selanjutnya, karena penyakit terus berlanjut, hipertrofi menjadi tidak teratur, dan akibat terbatasnya aliran darah coroner menjadi eksentrik.
3. Dilanjutkan dengan penurunan secara menyeluruh fungsi pompa yaitu penurunan ejeksi, peningkatan tegangan dinding ventrikel padasaat sistolik, peningkatan konsumsi oksigen otot jantung, serta penurunan efek mekanik pompa jantung.
4. Tekanan perfusi koroner meningkat, tahanan pembuluh koroner juga meningkat sehingga cadangan aliran darah koroner berkurang. Perubahan hemodinamik sirkulasikoroner pada hipertensi berhubungan erat dengan derajat hipertrofi otot jantung.
	* 1. **Manifestasi Klinis**

Hipertensi sulit dideteksi oleh seseorang sebab hipertensi tidak memiliki tanda/ gejala khusus. Gejala-gejala yang mudah untuk diamati seperti terjadi pada gejala ringan yaitu pusing atau sakit kepala, cemas, wajah tampak kemerahan, tengkuk terasa pegal, cepat marah, telinga berdengung, sulit tidur, sesak napas, rasa berat di tengkuk, mudah lelah, mata berkunang-kunang, mimisan (keluar darah di hidung) (Fauzi, 2014; Ignatavicius, Workman, & Rebar, 2017).

Selain itu, hipertensi memiliki tanda klinis yang dapat terjadi, diantaranya adalah (Smeltzer, 2013):

1. Pemeriksaan fisik dapat mendeteksi bahwa tidak ada abnormalitas lain selain tekanan darah tinggi.
2. Perubahan yang terjadi pada retina disertai hemoragi, eksudat, penyempitan arteriol, dan bintik katun-wol (*cotton-wool spots*) (infarksio kecil), dan papiledema bisa terlihat pada penderita hipertensi berat.
3. Gejala biasanya mengindikasikan kerusakan vaskular yang saling berhubungan dengan sistem organ yang dialiri pembuluh darah yang terganggu.
4. Dampak yang sering terjadi yaitu penyakit arteri koroner dengan angina atau infark miokardium.
5. Terjadi Hipertrofi ventrikel kiri dan selanjutnya akan terjadi gagal jantung.
6. Perubahan patologis bisa terjadi di ginjal (nokturia, peningkatan BUN, serta kadar kreatinin).
7. Terjadi gangguan serebrovaskular (stroke atau serangan iskemik transien (TIA), yaitu perubahan yang terjadi pada penglihatan atau kemampuan bicara, pening, kelemahan, jatuh mendadak atau hemiplegia transien atau permanen).
	* 1. **Klasifikasi**

Klasifikasi hipertensi pada klien berusia ≥ 18 tahun oleh *the joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure :*

|  |  |
| --- | --- |
| Batasan tekanan darah (mmHg)  | Kategori |
| Diastolik  |  Tekanan darah normal  |
| < 85  |  Tekanan darah normal-tinggi  |
| 85-89  |  Hipertensi ringan  |
| 90-104  |  Hipertensi sedang  |
| ≥115  |  Hipertensi berat  |
| Sistolik, saat diastolic <90 mmHg  |   |
| <140  |  Tekanan darah normal  |
| 140-159  |  Garis batas hipertensi sistolik terisolasi  |
| ≥160  |  Hipertensi sistolik terisolasi  |

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi (Udjianti, 2013)

* + 1. **Tanda dan Gejala**

Tanda dan gejala pada hipertensi menurut Kusuma dan Nurarif, 2013 di bedakan menjadi :

1. Tidak ada gejala

Tidak ada gejala yang spesifik yang dapat di hubungkan dengan peningkatan tekanan darah, selain penentuan tekanan arteri oleh dokter yang memeriksa. Hal ini berarti hipertensi arterial tidak akan pernah terdiagnosa jika tekanan darah arteri tidak terukur.

1. Gejala yang lazim

Sering di katakana bahwa gejala terlazim yang menyertai hipertensi meliputi nyeri kepala dan kelelahan. Dalam kenyataannya ini merupakan gejala terlazim yang mengenai kebanyakan pasien yang mencari pertolongan medis.

* + 1. **Komplikasi**

Dalam perjalannya penyakit ini termasuk penyakit kronis yang dapat menyebabkan berbagai macam :

* + 1. Stroke
		2. Gagal jantung
		3. Gagal Ginjal
		4. Gangguan pada Mata
		5. Gangguan kesadaran

Komplikasi hipertensi menurut Kurniasih dan Firmansyah 2011 adalah sebagai berikut :

1. Stroke dapat timbul akibat perdarahan tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertropi dan menebal, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang di perdarahinya berkurang. Arteri-arteri otak yang mengalami arteroklerosis dapat menjadi lemah, sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisme. Gejala terkena stroke adalah sakit kepala secara tiba-tiba, seperti orang bingung, limbung atau bertingkah seperti orang mabuk, salah satu bagian tubuh terasa lemah atau sulit di gerakan (misalnya wajah, mulut, atau lengan teras kaku, tidak dapat bicara secara jelas) serta tidak sadarkan diri secara mendadak.
2. Infark miokard dapat terjadi apabila arteri korener yang arterosklerosis tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah melalui pembuluh darah tersebut. Hipertensi kronik dan hipertensi ventrikel, maka kebutuhan oksigen miokardium mugkin tidak dapat terpenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung menyebabkan infark. Demikian juga hipertropi ventrikel dapat menimbulkan perubahan-perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan risiko pembentukan bekuan.
3. Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal, glomerolus. Dengan rusaknya glomerolus, darah akan mengalir keunit-unit fungsional ginjal, nefron akan terganggu dan dapat berlanjut menjadi hipoksia dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerolus, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang, menyebabkan edema yang sering di jumpai pada hipertensi kronik.
4. Ketidakmampuan jantung dalam memompa darah yang kembalinya kejantung dengan cepat mengakibatkan cairan terkumpul di paru, kaki dan jaringan lain sering di sebut edema. Cairan di dalam paru-paru menyebabkan sesak napas, timbunan cairan di tungkai menyebabkan kaki bengkak atau sering di katakan edema.
5. Ensefalopati dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang cepat). Tekanan yang tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorng cairan ke dalam ruang intertisium di seluruh susunan saraf perifer. Neuronneuron di sekitarnya kolap dan terjadi koma. Sedangkan menurut Wijaya & Putri 2013 Hipertensi yang tidak ditanggulangi dalam jangka panjang akan menyebabkan kerusakan arteri didalam tubuh sampai organ yang mendapat suplai darah dari arteri tersebut.

Komplikasi hipertensi dapat terjadi pada organ-organ tubuh sebagai berikut :

* + - 1. Jantung hipertensi dapat menyebab terjadinya gagal jantung dan penyakit jantung koroner. Pada penderita hipertensi, beban kerja jantung akan meningkat, otot jantung akan mengendor dan berkurang elastisitasnya, yang disebut dekompensasi. Akibatnya, jantung tidak lagi mampu memompa sehingga banyaknya cairang yang tetahan diparu maupun jaringan tubuh lain yang dapat menyebabkan sesak nafas atau oedema. Kondisi ini disebut gagal jantung.
			2. Otak komplikasi hipertensi pada otak, menimbulkan resiko stroke, apabila tidak diobati resiko terkena stroke 7 kali lebih besar.
			3. Ginjal hipertensi juga menyebabkan kerusakan ginjal, hipertensi dapat menyebabkan kerusakan system penyaringan didalam ginjal akibat lambat laun ginjal tidak mampu membuang zat-zat yang tidak dibutuhkan tubuh yang masuk melalui aliran darah dan terjadi penumpukan di dalam tubuh.
			4. Mata hipertensi dapat mengakibatkan terjadinya retinopati hipertensi dan dapat menimbulkan kebutaan (Wijaya & Putri ,2013).
		1. **Pemeiriksaan Diagnostik**

Pemeriksaan penunjang gagal jantung menurut Kadavi (2017), sebagai berikut :

1. Radiologi

Pada gambar rontgent torak posisi anterior posterior terlihat pembesaran jantung kekiri,elongasi aorta pada hipertensi yang kronis dan tanda-tanda bendungan pembuluh paru stadium payah jantung hipertensi.

1. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium darah rutin yang diperlukan adalah hematokrit, ureum dankreatinin, untuk menilai ruang ginjal. Selain itu juga elektrolit untuk melihat kemungkinanadanya kelainan hormonal aldosteron.Pemeriksaan laboratorium urinalis juga diperlukanuntuk melihat adanya kelainan pada ginjal.

1. Elektrokardiogram

Tampak tanda-tanda hipertrofi ventrikel kiri dan strain.

1. Ekokardiografi

Untuk melihat erubahan-perubahan pada jantung akibat hipertensi yang dapat dilihat dari ekokardiogram.

* + 1. **Penatalaksanaan**
1. Penatalaksanaan farmakologi pada hipertensi antara lain:
2. Diuretik seperti tiazid, furosemid, dan spironolaktan digunakan untuk menurunkan tekanan darah, volume darah, dan curah jantung.
3. Beta blocker seperti atenolol, dan nadolod digunakan untuk menekan sekresi urin.
4. Kalsium antagonis seperti nifedipin, diltiazem, verapamil digunakan untuk menghambat pengeluaran kalsium, dan dapat menyebabkan vasodilatasi.
5. ACE Inhibitor seperti captopril, isonopril, quinapril digunakan untuk menghambat perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II.
6. Penatalaksaan non farmakologi pada hipertensi diantaranya:
7. Diet rendah lemak
8. Diet rendah garam dapur (tidak lebih dari ¼-1/2 sendok the atau 6gr/hari), soda, baking powder, natrium benzoate, monosodium glutamate.
9. Hindari makanan daging kambing, buah durian, minuman beralkohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau 1 gelas per hari pada wanita, dapat meningkatkan tekanan darah.
10. Lakukan olahraga secara teratur sebanyak 30–60 menit/ hari, minimal 3 hari/ minggu.
11. Hentikan kebiasaan merokok (minum kopi).
12. Menjaga kestabilan BB pada penderita hipertensi dengan memperbanyak asupan sayuran dan buah-buahan untuk menghindari diabetes dan dislipidemia.
13. Menghindari stress dan gaya hidup yang lebih santai.
14. Pemberian O2 pada kondisi kritis
	* 1. **Pemeriksaan Penunjang**
15. Hitung darah lengkap (Complete Blood cells Count)

Meliputi pemeriksaan hemoglobin, hematokrit untuk menilai viskositas dan indikator faktor risiko seperti hiperkoagulabilitas, anemia.

1. Kimia darah
2. BUN, kreatinin : peningkatan kadar menandakan penurunan perfusi atau faal renal.
3. Serum glukosa : hiperglisemia (diabetes militus adalah presipiator hipertensi) akibat dari peningkatan kadar katekolamin.
4. Kadar kolesterol atau trigliserida : peningkatan kadar mengindikasikan predisposisi pembentukan plaque atheromatus.
5. Kadar serum aldosteron : menilai adanya aldosteronisme primer.
6. Studi tiroid (T3 dan T4) : menilai adanya hipertiroidisme yang berkontribusi terhadap vasokontriksi dan hipertensi.
7. Asam urat : hiperuricemia merupakan komplikasi faktor risiko hipertensi.
8. Elektrolit
9. Serum potasium atau kalium (hipokalemia mengindikasikan adanya aldosteronisme atau efek samping terapi diuretik).
10. Serum kalsium bila mengikat berkontribusi terhadap hipertensi.
11. Urine
12. Analisis urine adanya darah, protein, glukosa dalam urine mengindikasikan disfungsi renal atau diabetes.
13. Urine VMA (catecholamine metabolite): peningkatan kadar mengindikasikan adanya pheochromacytoma.
14. Steroid urine : peningkatan kadar mengindikasikan hiperadrenalisme, pheochromacytoma, atau disfungsi pituitary, sindrom cushing : kadar renin juga meningkat.
15. Radiologi
16. Intra Venous Pyelografi (IVP) : mengidentifikasi penyebab hipertensi seperti renal pharenchymal disease, urolithiasis, benign prostate hyperplasia (BPH).
17. Rontgen toraks : menilai adanya klasifikasi obstruksi katup jantung, deposit kalsium pada aorta, dan pembesaran jantung
18. EKG

Menilai adanya hipertrofi miokard, pola strain, gangguan konduksi atau disritmia

* 1. **Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensive Hearty Failure (HHF)**
		1. **Pengkajian**

 Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien menurut Lyer et al (1996, dalam Setiadi, 2012). Pengkajian adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisanya (Manurung, 2011). Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan menurut Effendy (1995, dalam Dermawan, 2012).

1. Identitas Klien meliputi

 Nama, umur (kelompok umur yang beresiko antara lain : Kelompok umur setelah usia remaja (sering pada usia 30 tahun keatas)), jenis kelamin, status pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku, tanggal dan jam MRS, nomor registrasi dan diagnosa medis.

1. Keluhan Utama

 Keluhan pasien hipertensi seperti sakit kepala disertai rasa berat ditengkuk, sakit kepala berdenyut, dan sesak nafas.

1. Riwayat Kesehatan sekarang

 Pasien mengeluh sesak nafas, terjadi peningkatan tekanan darah, batuk dahak kadang darah, sakit kepala, kelelahan, muntah, pandangan menjadi kabur karena adanya kerusakan pada mata, otak, jantung dan ginjal. Kadang juga dapat mengalami penurunan kesadaran dan bahkan koma

1. Riwayat penyakit

 Adanya riwayat hipertensi, penggunaan diuretik, riwayat merokok, penyakit ginjal, obesitas, hiperkolesterol, konsumsi alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi diri.

1. Riwayat penyakit keluarga

 Terdapat anggota keluarga yang mengalami hipertensi dapat meningkatkan resiko terjadinya hipertensi.

1. Riwayat Psiko, Sosio Psiko

 Kegelisahan, emosi labil, kecemasan terhadap penyakit ketergantungan dan kepedihan Sosio : Sulit berinteraksi karena emosi labil dan marah

1. Aktivitas/istirahat

 Gejala berupa kelemahan, letih, sesak nafas, nyeri kepala. aktifitas yang berlebihan menyebabkan frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea, dan sulit tidur karena mengalami nyeri kepala

1. Sirkulasi

 Gejala berupa riwayat hipertensi, penyakit jantung koroner, penyakit serebrovaskuler. Tanda berupa kenaikan TD, takikardi, bunyi jantung murmur, perubahan warna kulit, suhu dingin.

1. Eliminasi

 Gejala berupa gangguan pada ginjal saat ini maupun yang lalu menyebabkan konstipasi dan retensi

1. Makanan dan cairan

 Makanan yang disukai berupa makanan tinggi garam, lemak dan kolesterol, alkohol, rokok, dan riwayat penggunaan diuretik menyebabkan mual muntah, perubahan berat badan, edema, dan peningkatan jvp (tekanan vena jugularis).

1. Neurosensori

 Gejalanya berupa keluhan pusing dan pening, sakit kepala, gangguan penglihatan, epistaksis (perdarahan hidung). Tandanya berupa perubahan proses pikir atau ingatan memori, pola nafas, dan perubahan retinal optik.

1. Nyeri/ketidaknyamanan

 Nyeri kepala pada bagian tengkuk, sakit kepala berat, dan nyeri abdomen.

1. Pernafasan

 Gejala berupa dispneu pada saat melakukan aktivitas, takipnea, riwayat merokok. Tandanya berupa penggunaan bantuan alat pernafasan, bunyi nafas tambahan (ronkhi, mengi), dan sianosis.

* + 1. **Pemeriksaan Fisik Persystem**
1. B1 (*Breathing*)

 Pada pasien hipertensi terlihat adanya peningkatan usaha dan frekuensi pernafasan. Terdengar bunyi nafas tambahan utama terdengar suara sonor pada dada sebelah kiri dan kanan, tidak ada wheezing.

1. B2 (*Blood*)

 Perawat perlu memonotori dampak hipertensi pada status kardiovaskuler meliputi keadaan hemodinamik seperti nadi,tekanan darah, dan CRT.

1. B3 (*Brain*)

 Pada saat inspeksi,tingkat kesadarn perlu dikaji. Di samping itu, diperlukan pemeriksaan GCS untuk menentukan tingkat kesadaran klien apakah compos mentis,somnolen, atau koma.

1. B4 (*Bladder*)

 Pengukuran volume output urine perlu dilakukan karena berkaitan dengan intake cairan. Oleh karena itu, perawat perlu memonotor ada tidaknya oligouria, karena hal tersebut merupakan tanda awal dari syok.

1. B5 (*Bowel*)

 Pengkaji tentang status nutrisi klien meliputi jumlah, frekuensi dan kesulitankesulitan dalam memenuhi kebutuhannya. Pada klien dengan hipertensi,sangat potensial terjadi kekurangan pemenuhan kebutuhan nutrisi,hal ini karena sering mengalami mual dan pusing sehingga sulit makan, laju metabolisme, serta kecemasan yang dialami klien.

1. B6 (*Bone*)

 Pada integumen perlu dikaji adanya permukaan yang kasar, kering, kelainan pigmentasi, turgor kulit, kelembapan, mengelupas atau bersisik, pendarahan, pruritus dan adanya bekas atau tanda urtikaria atau dermatitis. Pada rambut, dikaji warna rambut, kelembapan, dan kusam. Perlu dikaji pula tentang bagaimana tidur dan istirahat klien yang meliputi berapa lama waktunya.

* + 1. **Diagnosa Perencanaan**
1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan di tandai dengan pasien sulit bernafas. (SDKI HAL 18, 2016)
2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. (SDKI HAL 34, 2016)
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. (SDKI HAL 128, 2016)
4. Nyeri akut b.d gen penedera fisiologis (Mis : Iskemia). (SDKI HAL 172, 2016)
5. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi. (SDKI HAL 62, 2016)
	* 1. **Perencanaan**

 Pada perumusan tujuan antara daftar pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesenjangan. Pada tujuan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada dari penyampaian tersebut. Sedangkan pada tinjauan kasus suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensi dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan mengenai masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku paisen (psikomotor). (Darmawan, 2012).

* + 1. **Pelaksanaan**

 Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi factor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien.

* + 1. **Evaluasi**

 Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman / rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah di rumuskan sebelumnya.

* 1. **Kerangka Masalah**

Vol. Sekuncup

Vol. Residu

Kerja Myocard meningkat

Suplai O

2

 dan nutrisi ke jaringan

menurun

Penurunan O

2

 nutrisi

terganggu

Pembentukan ATP

terganggu

Kelelahan

Aktivitas Terganggu

Intoleransi Aktivitas

Penurunan

Curah

Jantung

Tekanan Atrium Kiri Meningkat

Transudasi Cairan Interstiil paru

Cairan Masuk Alveoli

Odema Paru

Sesak

kerusakan pertukaran gas

PK : Infark Miokard

Penumpukkan Asam Laktat

Nyeri Dada

Nyeri Akut

Hipertensi

Hipertensi Heart Failure

Hipertrophy Ventrikel Kiri

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien tersebut dengan diagnose medis *Hypertension Heart Failure (HHF)*, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis sudah amati mulai tanggal 28 April 2021 sampai dengan 30 April 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 28 April 2021 pukul 13.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien langsung dengan No Rekam Medis 00.05.XX sebagai berikut:

* 1. **Pengkajian**
		1. **Identitas**

Pasien adalah seorang Ibu Rumah Tangga bernama Ny. “S” usia 66 Tahun, beragama islam, Bahasa keseharian yang sering digunakan adalah berbahasa jawa, status pasien menikah memiliki 1 anak perempuan yang berusia 30 Tahun yang sudah menikah dan memiliki 1 orang anak perempuan yang berusia 4 Tahun, pasien bertempat tinggal di daerah Jetis Kulon Surabaya, pasien MRS pada tanggal 27 April 2021 pukul 12.00 WIB.

* + 1. **Keluhan Utama**

Sesak nafas, sakit kepala (pusing) dan badan terasa lemas serta batuk-batuk

* + 1. **Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien datang ke UGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan keluhan sesak nafas disertai dengan kepala pusing dan badan terasa lemas seperti tidak bertenaga, pasien diantarkan oleh anak perempuannya dan menantunya pada tanggal 27 April 2021 pukul 12.00 WIB, anak pasien mengatakan bahwa Ny. S sudah 3 hari merasakan hal tersebut tetapi pasien hanya meminum obat yang beli diwarung dekat rumahnya saja dan sakit nya hilang timbul dan pada hari ke 4 ini pasien merasakan sakit yang hebat hinga tidak bisa beraktivitas seperti biasanya. Kemudian pasien langsung ditangani oleh perawat

jaga di UGD tersebut dengan melakukan tindakan observasi TTV dengan TD : 176/100 mmHg, Suhu : 36,2℃, Nadi : 87 x/menit, RR : 22x/menit, SPO2 : 98% dan sudah Terpasang oksigen nasal kanul 3 Lpm, dan sudah terpasang cairan infus Ns Nacl 0,9% 14 Tpm. Dan pasien tampak meringis menahan rasa sakitnya.

* + 1. **Riwayat Penyakit Terdahulu**

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sebelumnya sejak 7 tahun terkhir ini, sering nyeri pada jantung, kolesterol dan pernah mengalami pengambilan pada 1 ginjalnya.

* + 1. **Riwayat Kesehatan Keluarga**

Pasien mengatakan bapaknya dahulu hingga sekarang memiliki riwayat penyakit hipertensi.

* + 1. **Genogram** **:**

X

X

X

**66 th**

Keterangan :

 : perempuan : perempuan meninggal : pasien

 : laki –laki : : laki –laki meninggal : satu rumah

**X**

* + 1. **Riwayat Alergi**

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan,ataupun obat-obatan tertentu.

* + 1. **Observasi Tanda-tanda Vital Sign**

Pada saat penulis melakukan pengkajian terhadap pasien tersebut kadaan umum pasien nampak lemah, kesadaran *Compos mentis* dengan GCS : 456, Tanda-Tanda vital : Tekanan Darah : 176/100mmHg, Nadi : 87 x/menit, RR : 22x/menit, SuhU : 36,2℃. Antropometri : Tinggi Badan : 169cm Berat Badan Sebelum Masuk Rumah Sakit : 90Kg, Berat Badan Setelah Masuk Rumah Sakit : 88 Kg.

* + 1. **B1 Pernafasan (Breath)**

Pasien saat dilakukan pengkajian mengalami perubahan pada saat melakukan tarikan napas, bentuk dada simetris, pergerakan tersengal-sengal, tidak ada otot bantu napas, memiliki irama nafas takipnea, vocal fremitus hipersonor, suara napas bronchial, sesak napas ada, batuk ada dan tidak ada suara napas tambahan, kemampuan pasien saat pengkajian terbaring lemah di tempat tidur.

**Masalah Keperawatan : Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.**

* + 1. **B2 Kardiovaskuler (Blood)**

Keadaan pasien saat dilakukan pengkajian ictus cordis kuat,bunyi jantung S1-S2 tunggal, nyeri dada tidak ada, bunyi jantung terdengar tunggal, keras dan regular, CRT >3detik,oedema tidak ada, hepatomegaly tidak ada, perdarahan tidak ada, akral saat dikaji hangat.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + 1. **B3 Persayarafan (Brain)**
		2. GCS : Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6, Total: 15
		3. Refleks Fisiologis :

Biceps: -/- Triceps: -/- Patella: -/-

* + 1. Refleks Patologis:

Kaku Kuduk : Tidak ada Bruzinski I: -/- Bruzinski II: -/- Kernig: -/-

* + 1. Nervus Kranial :
			- 1. N I : Pasien dapat mengidentifikasikan bau yang perawat berikan
				2. N II : Pasien bisa membaca katalog yang perawat berikan
				3. N III : Tidak ada edema palpebral, konjungtiva tidak anemis dan pupil isokor
				4. N IV : Bentuk pupil bulat, kedus pupil isokor, reaksi pupil terhadap cahaya +/+
				5. N V : Pasien dapat mersakan tisu yang diusapkan ke wajah kanan ataupun kiri dan mampu menujukan nyeri saat perawat beri rangsangan dan mampu membedakan panas dan dingin
				6. N VI : Bola mata pasien bisa memfokuskan penglihatan dan bisa mengikuti perubahan arah ke lateral atas, medial atas, medial bawah lateral bawah, keatas dan kebawah
				7. N VII : Pasien dapat membedakan rasa asin dan manis dengan baik
				8. N VIII : Pasien dapat mendengar suara jam tangan
				9. N IX : Pasien mampu menelan makanan
				10. N X : Saat pasien diminta untuk berkata “aaaah” kemudoan dilihat apakah ada regurgitasi ke hidung
				11. N XI : Pasien dapat menengok dan mengangkat bahu dengan diberi tahanan
				12. N XII : Pasien dapat menggerakan lidah
				13. Nyeri Kepala : Pasien tidak mengalami nyeri kepala Jika ya, jelaskan : -
				14. Paralisis : Tidak ada

5. Penciuman

Bentuk Hidung

Septum : Ada

Polip : Tidak ada

Kelainan : Tidak ada

6. Wajah & penglihatan

Mata : Normal Kelainan : Tidak ada

Pupil : Normal Refleks : Normal

Konjungtiva : Non anemis Gangguan : Tidak ada

Skelera : Normal Gangguan : Tidak ada

Visus : Normal

* 1. Pendengaran

Telinga : Normal Kelainan : Tidak ada

Kebersihan : Bersih Gangguan : Tidak ada

Alat bantu : Tidak ada

* 1. Lidah

Kebersihan : Bersih Uvula : Normal

Palatum : Normal Kesulitan telan: Tidak ada

Afasia : Tidak ada

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + 1. **B4 Perkemihan (Blader)**

Kebersihan : Normal Ekskresi : Normal

Kandung Kemih : Kosong Nyeri Tekan : Tidak ada

Eliminasi uri SMRS frek: 4xsehari Jumlah : 1200/24jam

Warna: : Kuning jernih

Eliminasi uri MRS frek: 1 hari Jumlah : 1000/24jam

Warna : Kuning pekat Alat bantu : Kateter

Gangguan : Tidak ada

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

* + 1. **B5 Pencernaan (Bowel)**

Mulut : Bersih

Membra mukosa : Pucat

Gigi/ gigi palsu : Tidak ada

Faring : Normal

Diit (makan&minum) SMRS: Tidak ada

Diit di RS diit : Mengurangi asin

Frekuensi : Setengah porsi makan

Nafsu makan : Normal

Muntah : Tidak ada

Mual : Tidak ada

Jenis : Tidak ada NGT: Tidak ada

Porsi : Tidak ada

Frekuensi Minum: 600ml Jumlah: 450cc/hari

Jenis: Normal

Abdomen :

Bentuk perut : Normal

Peristaltik : 20x/menit

Kealianan Abd : Tidak ada

Hepar : Normal

Lien : Normal

Nyeri abdomen: (jika ya, jelaskan PQRST)

Rectum dan anus :

Hemoroid: Tidak ada

Eliminasi alvi SMRS :

Frekuensi : 3x/hari

Warna : Coklat Pucat

Konsistensi : Lembek

Eliminasi alvi MRS :

Frekuensi : 2x/hari

Warna : Coklat pekat

Konsistensi : Keras

Colostomi : Tidak ada

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + 1. **B6 Muskuluskeletal & Integumen (Bone)**

Rambut dan kulit kepala

Skabies : Tidak ada

Warna kulit : Sawo Matang

Kuku : Bersih

Turgor kulit : Baik

ROM : Terbatas karena nyeri pada pangkal paha kiri

Jika terbatas, pada sendi : Pangkal paha kiri

 4444 4444

Kekuatan Otot : 3333 3333

Deformitas: Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Lain-lain : Tidak ada

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

* + 1. **Endokrin**

Pembesaran KGB : Tidak ada

Hiperglikemia : Tidak ada

Hipoglikemia : Tidak ada

DM : Tidak ada

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

* + 1. **Seksual Reproduksi**

Menstruasi terakhir : Usia 40 tahun

Masalah menstrusi : Tidak ada

Pap smear terakhir : Usia 35 Tahun

Pemeriksaan payudara/ testis sendiri tiap bulan : Rutin

Masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit : Tidak ada

**Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

* + 1. **Kemampuan Perawatan Diri**

Pasien saat dikaji mengalami perubahan kebiasaan pada kemampuan gerak fisik dikarenakan sakit kepala dan tidak ada tenaga.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aktivitas** | **SMRS** | **MRS**  |
| Mandi | 1 | 4 |
| Berpakaian/ dandan | 1 | 1 |
| Toileting/ eliminasi | 1 | 4 |
| Mobilitas di tempat tidur | 1 | 4 |
| Alat bantu berupa | 1 | 3 |
| Berjalan | 1 | 3 |
| Niak Tangga | 1 | 0 |
| Berbelanja | 1 | 0 |
| Memasak | 1 | 0 |
| Pemeliharaan rumah | 1 | 0 |
| Berpindah | 1 | 4 |

Keterangan

 Skor

1: Mandiri

 2: Alat bantu

 3: Dibantu orang lain dan alat

 4: Tergantung/ tdk mampu

**Masalah Keperawatan: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan**

* + 1. **Psikososiocultural**

Saat dilakukam pengkajian pasien mengutarakan kekesalannya kepada perawat karena sudah beberapa tahun terakhir ini hipertensi yang dialaminya suka datang tiba-tiba dan suka tidak terasa akan gejala tersebut dan pasien tersebut mengutarakan bahwa Tuhan tidak adil dengannya karena menyesalkan kenapa harus diberikan penyakit hipertensi pada dirinya dan menyebabkan perubahan seperti sulit beraktivitas pada saat sakit itu menyerang.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**
1. **Laboratorium**

Tgl pemeriksaan : 27 April 2021, 23:30 WIB

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Jenis Pemeriksaan** | **Hasil (satuan)** | **Nilai Normal (satuan)** |
| 1 | SGOT | 26U/L | 0-35U/L |
| 2  | SGPT | 17U/L | 0-37U/L |
| 3 | Gula Darah Sewaktu | 132mg/dL | 70-300mg/Dl |
| 4 | Kreatinin  | 0,92mg/dL | 0,4-2,8mg/Dl |
| 5 | BUN  | 10mg/dL | 2-80mg/Dl |
| 6 | Natrium (Na) | 138,4mEq/L | 135-147mEq/dL  |
| 7 | Calium (K) | 3,98mEq/L | 3,5-5mEq/L |
| 8 | Clorin (CI) | 108,1mEgq/L | 95-105 |

Tabel 2. Hasil Laboratorium

Photo Thorax :

1. Cardiomegaly dengan aortosclerosis
2. Pneumonia bilateral
3. Terapi/Tindakan lain :

Tabel 3. Terapi Obat Pasien

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Obat** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| 1  | NAC (Acetylcysteine) | 200mg | Oral  | Mengencerkan dahak dan mengobati keracunan paracetamol |
| 2 | Nitrokaf  | 2,5mg | Oral  | untuk mencegah dan terapi jangka panjang untuk penderita angina pectoris |
| 3 | Pamol  |  | Oral  | yang di gunakan sebagai penurun demam dan pereda nyeri seperti sakit kepala , sakit gigi dan nyeri ringan. Obat ini mengandung paracetamol yang memiliki fungsi sebagai antipiretik dan analgesik. |
| 4 | Injeksi lasik  | 1 x sehari 20-40 mg | Intravena  | untuk mengurangi kadar garam yang lebih didalam tubuh dengan cara dikeluarkan melalui urine, serta dapat digunakan untuk mengurangi pembengkakan yang terjadi pada penyakit gagal jantung, penyakit hati dan penyakit kronis lainnya |
| 5 | Injeksi cefobactam  | 1 gr | Intravena  | digunakan untuk mengobati infeksi saluran napas atas dan bawah, infeksi saluran kemih, infeksi intra abdominal, kulit dan jaringan lunak. |
| 6 | Candesartan  | 16 mg  | Oral  | hipertensi, pengobatan pada pasien gagal jantung dan gangguan fungsi sistolik ventrikel kiri ketika obat penghambat ACE tidak ditolerir |
| 7 | Spironolactone  | 25 mg  | Oral  | menghambat penyerapan garam (natrium) berlebih ke dalam tubuh dan menjaga kadar kalium dalam darah agar tidak terlalu rendah, sehingga tekanan darah dapat diturunkan |
| 8 | Bisoprolol | 5mg  | oral | Mengobati [hipertensi](https://www.alodokter.com/hipertensi), angina, aritmia, dan [gagal jantung](https://www.alodokter.com/gagal-jantung) |

* 1. **Diagnosa keperawatan**
		1. **Analisa Data**

Tabel 4. Aanalisis Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data (Symptom)** | **Penyebab (Etiologi)** | **Masalah (Problem)** |
|  | DS : pasien mengatakan batuk-batuk sudah 3 hariDO : * Pasien susah bernafas

TTV : * TD : 176/100 mmHg
* Suhu : 36,2℃
* Nadi : 87 x/menit
* RR : 22x/menit
* SPO2 : 96%
* Terpasang oksigen nasal kanul

DS : Pasien mengatakan nyeri pada kepala, dada dan pusing, dan sesak napas DO : Pasien tampak meringis merasakan sakit kepalanya serta dadanyaTTV :* TD : 176/100mmHg
* Nadi : 87 x/menit
* RR : 22 x/menit
* SPO2 : 98%

DS : Pasien mengatakan badan terasa lemah dan seperti tidak bertenaga DO : Pasien Nampak terbaring lemah dan pucat  | Sekresi yang tertahan Perubahan afterload Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen  | Bersihan jalan nafas tidak efektif **SDKI HAL 18, 2016**Penurunan curah jantung **SDKI HAL 34 , 2016**Intoleransi Aktivitas  **SDKI HAL 128, 2016** |

* + 1. **Prioritas Masalah**

Tabel 5. Prioritas Masalah

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | **Paraf** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
|  | Bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan pasien susah bernafas dengan TTV : TD : 176/100 mmHg, Suhu : 36,2℃, Nadi : 87 x/menit, RR : 20, SPO2 : 96%, Terpasang oksigen nasal kanul Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload ditandai dengan pasien tampak meringis kesakitan merasakan sakitnya dengan hasil ttv TD : 176/100, Suhu : 36,2℃, Nadi : 87 x/menit , RR : 20 x/menit , SPO2 : 96%Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidskseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan pasien nampak terbaring lemah di tempat tidur dan sedikit pucat  | 27-04-202127-04-202127-04-2021 | 30-04-202130-04-202130-04-2021 | Perawat Aisyah Perawat Aisyah Perawat Aisyah  |

* 1. **Rencana Keperawatan**

Tabel 6. Rencana Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
|  | Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka bersihan jalan napas meningkat. Dengan kriteria hasil : 1. Batuk efektif meningkat
2. Frekuensi napas meningkat
3. Pola napas membaik
4. Produksi sputum menurun

SLKI : 154 L.01001 | 1. Melakukan tindakan edukasi untuk kemampuan batuk agar sekret bisa keluar
2. Melakukan tindakan pemantauan tanda dan gejala infeksi saluran pernapasan
3. Membantu pasien dalam posisi semi-Fowler
4. Mengedukasi tempat membuang sekret pada tempat sputum yang sudah di sediakan.
5. Mengajarkan pasien tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengn bibir mecucu selama 8 detik
6. Memberikan terapi farmakologi berupa mukolitik atu ekspetoran,
 | 1. Agar sekret tidak menumpuk yang dapat menyebabkan sesak napas pada pasien.
2. Untuk mengetahui tanda dan gejala apa sampai pasien menjadi sesak napas
3. Untuk membantu mempermudah pasien pada saat ingin membuang sekretnya.
4. Agar kami dapat mengambil sampel sekret untuk dilakukanya pengecekan ke laboratorium.
5. Agar sekret yang tertahan di saluran napas dapat sedikit-sedikit keluar dengan bantuan tersebut.
6. Untuk terapi tambahan supaya sesak napas pada pasien berkurang.
 |
|  | Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload  | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka curah jantung meningkat. Dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi perifer meningkat
2. Pucat menurun
3. Lelah menurun
4. Batuk menurun
5. Tekanan darah menurun

SLKI : 20 Curah Jantung L.02008 | 1. Melakukan observasi ttv (mengecek saturasi oksigen pada pasien)
2. Mengobservasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, peningkatan CVP).
3. Melakukan observasi tekanan darah.
4. Menanyakan rasa nyeri dada yang dialami pasien saat itu
5. Melakukan pengecekan dan monitoring tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas.
6. Memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress
7. Pemberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen
8. Memberikan edukasi kepada pasien pada saat beraktivitas fisik sesuai toleransi
 | 1. Untuk mengetetahui apakah saturasi nya mengalami penurunan atau tidak
2. Untuk terus memantau tanda dan gejala apakah berkurang jika sudah diberikan terapi
3. Agar selalu termonitor tekanan darah pasien apakah tetap atau ada perubahan
4. Untuk mengetahui tingkay nyeri yang dirasakan pasien
5. Untuk mengetahui apakah ada kaitannnya jika sesudah dan sebelum melakukan aktivitas terhadap perubahan tekanan darah dan frekuensi nadi
6. Agar pasien bisa lebih rilek dan santai dan tidak mengalami ketegangan.
7. Agar mengurangi rasa nyeri dan sesak napas pasien
8. Agar pasien bisa lebih menjaga kesehatannya, dan tidak beraktiviats diluar kendalinya.
 |
|  | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen  | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka toleransi aktivitas meningkat. Dengan kriteria hasil : 1. Keluhan lelah menurun.
2. Perasaan lemah menurun.
3. Kekuatan tubuh bagian atas meningka.
4. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat.
5. Frekuensi nadi menurun

SLKI HAL 149Toleransi Aktivitas L. 05047 | 1. Melakukan pendekatan dan menanyakan bagian tubuh mana yang mengakibatkan kelelahan.
2. Menanyakan apakah pasien sedang mengalami kelelahan fisik dan emosional.
3. Memonitor dan menanyakan pola istirahat pasien selama MRS
4. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan dan melakukan peregangan otot-otot.
 | 1. Untuk melakulan monitor gangguan fungsi tubuh mana yang tidak dapat digerakan dan mengalami kelelahan
2. Untuk memantau aktivitas fisik yang dapat memperberat kesehariannya sehingga mengganggu dalam beraktivitas
3. Guna untuk memberikan jeda istirahat pada system tubuh yang sudah seharian digunakan untuk beraktivitas
4. Agar tidak kaget pada saat melakukan kegiatan dan aktivitas setelah lama MRS
 |

**3.5**.**Impementasi Keperawatan**

Tabel 7. Implementasi Keperawatan dan Catatan Perkembangan

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No****Dx** | **Waktu****(Tgl & jam)** | **Tindakan** | **TT** | **Waktu****(Tgl & jam)** | **Catatan Perkembangan****(SOAP)** | **TT** |
| **1.** **2.** **3.**  | **28-04-2021****08.00****11.00****11.30** | 1. Mengucapkan salam dan mendengarkan keluhan pasien
2. Observasi TTV pasien
3. Memberikan tindakan batuk efektif kepada pasien
4. Memberikan terapi oksigen

 1. Identifikasi tanda/gejala
2. Monitor tekanan darah
3. Pemeriksaan tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas
4. Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen
5. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
6. Memonitor kelelahan fisik dan emosional
7. Memonitor pola jam tidur
8. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan
 | **C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg****C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg****C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg** | **28-04-2021****08.15****11.15****11.40**  | **Dx 1 Bersihan jalan napas tidak efektif :****S :** Pasien mengatakan sesak napas dan sulit untuk bernapas **O :** Tanda-tanda vital :Tensi : 176/100mmHgSuhu : 34,6℃Nadi : 79 x/menit RR : 21SPO2 : 97%**A :** Masalah belum teratasi **P :** Intervensi dilanjutkan **Dx 2 Penurunan curah jantung:** **S :** Pasien mengatakan nyeri kepala dan terasa pusing **O :** Pasien nampak meringis kesakitan **A :** Masalah belum teratasi **P :** Intervensi dilanjutkan **Dx 3 Intoleransi aktivitas** **S :** Pasien mengatakan badan terasa lemas dan dan bertenaga **O :** Pasien nampak terbaring lemah di tempat tidur dan pucat **A :** Masalah belum teratasi **P :** Intervensi dilanjutkan  | **C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg****C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg****C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg** |
| **1.****2.** **3.** | **29-04-2021****08.00****11.00** **11.15** | 1. Memonitor TTV pasien
2. Menanyakan keluhan yang dirasakan pasien
3. Pemberian oksigenn nasal kanul 2 lpm
4. Observasi tekanan darah pasien
5. Menanyakan keluhan pasien
6. Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi
7. Observasi keluhan pasien
8. Menanyakan jam tidur pasien
9. Memberikan relaksasi untuk pasien
 | **C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg****C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg****C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg** | **08.15****11.15****11.30** | **Dx 1 Bersihan jalan napas tidak efektif** **S :** Pasien mengatakan sesak napasnya sudah sedikit berkurang **O :** Pasien terlihat sudah lebih membaik dengan tanda-tanda vital Tensi : 154/92mmHg, suhu : 36,3℃, nadi : 88 x/menit, RR : 20 x/menit dan SPO2 99%**A :** Masalah teratasi sebagian **P :** Intervensi dilanjutkan **Dx 2 Penurunan curah jantung** **S :** Pasien mengatakan nyeri dikepala sudah lebih memmbaik hanya saja dada terasa agak sedikit sakit **O :** Pasien nampak menahan kesakitan dengan tanda tanda vital Tensi : 149/95mmHg, suhu : 36,3℃, nadi : 82, RR : 18 dan SPO2 : 98%**A :** Masalah teratasi sebagian **P :** Intervensi dilanjutkan **Dx 3 Intoleransi aktivitas** **S :** Badan pasien sudah lebih membaik dari sebelumnya **O :** Pasien terlihat sudah mampu bangun tidur dan duduk di atas tempat tidur**A :** Masalah teratasi sebagian **P :** Intervensi dilanjutkan  | **C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg****C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg****C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg** |
| **1.****2.****3.** | **30-04-2021****08.00****11.00****11.15** | 1. Observasi ttv pasien
2. Menanyakan keluhan pasien
3. Memberikan obat unutk keluhan sesak nafasnya
4. Menanyakan keluhan pasien
5. Melakukan edukasi obat yang sudah diberikan
6. Melakukan pemberian oksigenasi
7. Pemberian obat melalui injeksi perinfus
8. Observasi TTV pasien
9. Menanyakan keluhan pasien
10. Memberikan edukasi kepada pasien tentang factor pencetus kelelahan dan merasa tidak bertenaga
 | **C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg****C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg****C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg** | **08.15****11.15****11.30**  | **Dx 1 Bersihan jalan napas tidak efektif** **S :** Pasien mengatakan sudah tidak ada keluhan lagi**O :** Pasien nampak sudah membaik**A :** Masalah teratasi **P :** Intervensi dihentikan **Dx 2 Penurunan curah jantung** **S :** Pasien mengatakan sudah tidak nyeri kepala atau pusing dan sudah lebih enakan dari sebelumnya **O :** Pasien nampak lebih membaik dari sebelumnya dan sudah bisa duduk di tempat tidurnya **A :** Masalah teratasi **P :** Intervensi dihentikan **Dx 3 Intoleransi aktivitas** **S :** Pasien mengatakan sudah terasa lebih enak badanya dan sudah sedikit bertenaga **O :** Pasien nampak lebih segar dari sebelumnya**A :** Masalah teratasi **P :** Intervensi dihentikan  | **C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg****C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg****C:\Users\dedi.s\Downloads\WhatsApp Image 2021-01-01 at 09.02.52.jpeg** |

* 1. **Evaluasi**
1. **Diagnosa 1**

Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan.

S : Pasien mengatakan batuk-batuk sudah 3 hari

O :Pasien sulit bernafas

Tanda-tanda Vital :

1. TD : 176/100 mmHg
2. Suhu : 36,2℃
3. Nadi : 87 x/menit
4. RR : 22
5. SPO2 : 96%
6. Terpasang oksigen nasal kanul

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi di lanjutkan

1. **Diagnosa 2**

Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload

S **:** Pasien mengatakan nyeri kepala, dada nya yang sesak dan terasa pusing

O **:** Pasien nampak meringis kesakitan

A **:** Masalah belum teratasi

P **:** Intervensi dilanjutkan

1. **Diagnosa 3**

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

S **:** Pasien mengatakan badan terasa lemas dan dan bertenaga

O **:** Pasien nampak terbaring lemah di tempat tidur dan pucat

A **:** Masalah belum teratasi

P **:** Intervensi dilanjutkan

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

 Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan medical bedah pada klien dengan Diagnosa Medis *Hypertension Heart Failure (HHF)* di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan pelaksanaan, dan evaluasi.

* 1. **Pengkajian**

 Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien sehingga klien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

 Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tujuan kasus tidak banyak kesenjangan yaitu pada tinjauan pustaka yang didapat pada pengumpulan data di temukan keluhan utama biasanya ditandai dengan adanyaa nyeri kepala dan sesak pada dada, teori menurut Brunner & Suddarth (2017) bahwa pada pasien gagal jantung tanda dan gejala gagal jantung dapat berhubungan dengan ventrikel mana yang mengalami gangguan. Pada gangguan ventrikel kiri akan menimbulkan kongesti pulmonal berupa dipsnea/ sesak nafas saat beraktifitas, keletihan sedangkan pada ventrikel kanan edema dan kelemahan. Seperti teori yang dikemukakan oleh pangabean (2009) bahwa penyakit jantung sendiri dapat muncul dipengaruhi oleh usia, hipertensi, iskemia, stres, merokok, olahraga tidak teratur dan lain lain.

Menurut Teori (Aspiani, 2016) Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada gagal jantung kongestif yaitu laboratorium radiologi, EKG, dan USG jantung. Dilakukan pemeriksaan laboratorium dan radiologi : Foto thorax. Akan tetapi pada Kasus ini tidak dilakukan pemeriksaan EKG dan USG jantung. Penulis berpendapat bahwa pemeriksaan jantung harus dilakukan pemeriksaan yang demikian lengkap seperti teori yang ada untuk

membantu penegakan diagnose medis untuk terapi yang tepat sesuai penyebab gagal jantung kongestif itu sendiri.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Pada tahap diagnose keperawatan penulis dapat memberikan data dengan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Hypertension Heart Failure* *(HHF)* berdasarkan SDKI adalah : Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler, Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas (mis : nyeri saat bernafas), Penurunan curah jantung b.d perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas, Nyeri akut b.d gen penedera fisiologis (Mis : Iskemia), Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena, Intoleransi aktifitas b.d kelemahan, Ansietas b.d kurang terpapar informasi, Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (mis : stress, keengganan untuk makan), Resiko gangguan integritas kulit d.d kelebihan volume cairan.

Pada diagnose keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada 11 yaitu :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
2. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler
3. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas (mis : nyeri saat bernafas)
4. Penurunan curah jantung b.d perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas
5. Nyeri akut b.d gen penedera fisiologis (Mis : Iskemia)
6. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi
7. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena
8. Intoleransi aktifitas b.d kelemahan
9. Ansietas b.d kurang terpapar informasi
10. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan, faktor psikologis (mis : stress, keengganan untuk makan),
11. Resiko gangguan integritas kulit d.d kelebihan volume cairan.

Dari 11 diagnosa pada tinjauan pustaka tidak semua penulis ambil hanya tiga diagnose keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yaitu :

1. Bersihan jalan napas tidak efektof berhubungan dengan sekresi yang tertahan

Diagnose ini diangkat dengan adanya kriteria yang sesuai dengan kondisi pasien (SDKI, 2016)

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload / perubahan afterload / perubahan kontraktilitas. (SDKI, 2016)

Diagnose ini di angkat dengan adanya kriteria yang memenuhi dan sesuai dengan kondisi pasien pada saat itu (SDKI, 2016)

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), Penegakkan diagnosa didasarkan pada data mayor dan minor. Dalam hal ini data yang didapatkan belum menunjang untuk ditegakkan diagnosa intoleransi aktifitas sesuai SDKI. Dengan data mayor : mengeluh lelah dan Data minor : merasa lemah, dipsnea saat/setelah aktifitas. Data mayor hanya naik 50% sementara penegakkan diagnosa harus 80-100% dimana seharusnya peneliti melakukan pengkajian dan pendokumentasian terhadap frekuensi jantung yang mengalami peningkatan atau tidak pada saat melakukan aktivitas. Sehingga berdasarkan SDKI diagnosa intoleransi aktifitas tidak dapat ditegakkan. Penulis berasumsi bahwa intoleransi aktifitas pasien muncul dari kurangnya suplai 02 ke jaringan sehingga menimbulkan penumpukan ATP yang mengakibatkan gejala kelelahan. Gejala ini sesuai pula dengan klasifikasi kelas fungsional gagal jantung menurut NYHA (New York Heart Assosiation) dimana pada kelas fungsional kedua akan menimbulkan gangguan aktifitas ringan berupa gejala keletihan dan palpitasi pada aktifitas biasa. Diagnose ini diangkat dikarenakan sudah memenuhi kriteria yang akan ditegakan dan sudah sesuai dengan kondisi pasien yaitu kelemahan pasien tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya (SDKI,2017)

* 1. **Perencanaan**

Pada perumusan tujuan antara daftar pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesenjangan. Pada tujuan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada dari penyampaian tersebut. Sedangkan pada tinjauan kasus suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensi dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan mengenai masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku paisen (psikomotor). (Darmawan, 2012).

Adapun di setiap diagnosis terdapat intervenisnya masing-masing, pada tinjauan kasus rencana tindakan sama dengan tinjauan pustaka mengenai jumlah intervensinya tetapi berbeda dalam pelaksanaannya sesuai dengan keadaan pasien tersebut.

* + - 1. **Perencanaan Diagnosis Keperawatan I**

Perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang dilakukan pada diagnose bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan sebagai berikut : kriteria hasil (Bersihan Jalan Napas L.01001) didasarkan pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yaitu : batuk efektif meningkat, produksi sputum meningkat, mengi menurun.

Dengan perencanaan (Latihan Batuk Efektif 1.01006), identifikasi kemampuan batuk, monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas, monitor input dan output cairan (mis. Jumlah dan karakteristik), atur posisi semi fowler atau fowler, anjurkan Tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan Selma 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik, anjurkan mengulangi tarik napas dalam 3 kali, anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ke 3, kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.

* + - 1. **Perencanaan Diagnosis Keperawatan II**

 Perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang dilakukan pada diagnosa penurunan curah jantung b.d perubahan afterload sebagai berikut : kriteria hasil (curah jantung L:02008) didasarkan pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yaitu : tanda tanda vital dalam batas normal TD 110-120/70-80 mmHg, kekuatan nadi perifer meningkat, tidak ada peningkatan JVP, tidak ada edema dengan perencanaan (perawatan jantung I.02075) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung, Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung, Monitor intake dan output cairan, Monitor keluhan nyeri dada, Berikan terapi terapi relaksasi untuk mengurangi strees, *jika perlu*, Anjurkan beraktifitas fisik sesuai toleransi, Anjurkan berakitifitas fisik secara bertahap, Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu.

* + - 1. **Perencanaan Diagnosis Keperawatan III**

 Perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang dilakukan pada diagnosa intoleransi aktivitas b.d kelemahan sebagai berikut : kriteria hasil: Toleransi aktivitas (L.05047) didasarkan pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yaitu :Kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari meningkat, Pasien Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan, Pasien mangatakan dipsnea saat dan/atau setelah aktifitas menurun Dengan perencanaan (Manajemen energi I.050178) Monitor kelelahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan), Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan, Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap, Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

 Pada saaat pelaksanaan tindakan keperawatan kami tidak menemukaan hal yang menyulitkan saat pengkajian karena pasien dan keluarga sangat terbuks dabn kooperatif dengan kami (perawat), sehingga perencanaan tindak keperawatan berjalan dengan baik dan dapat dilakukan sesuai pengkajian.

* 1. **Pelaksanaan**

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnose pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

 Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal – hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

* + - * 1. **Pelaksanaan Diagnosis Keperawatan I**

 Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dengan intervensi keperawatan terlaksana, namun secara keadaan umum pasien masih belum membaik dikarekan pasien yang masih merasakan sesak nafas serta batuk yang tertahan, sehingga tujuan asuhan keperawatan tidak bisa terlaksana dengan maksimal.

 Sudah beberapa tindakan keperawatan yang terlaksanakan yaitu : mengobservasi tanda-tanda vital keadaan pasien, mengindentifikasi kemampuan batuk, memberikan edukasi tarik napas dalam, memposisikan pasien semi fowler atau fowler, memonitor gejala infeksi saluran permapasan, memberikan edukasi menbuang sekret pada tempat sputum yang sudah disedikan diruang rawat inap, memonitor input dan output cairan yang dikeluarkan, pemberianh oksigen nasal kanul 3lpm sesuai advis dokter DPJP, menjalankan terapi farmakologi sesuai dengan advis dokter dan terarah.

* + - * 1. **Pelaksanaa Diagnosis Keperawatan II**

 Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload dengan intervensi keperawatan terlaksana, namum keadaan umum pasien belum membaik, ini dikarenakan sesak nafas,dada terasa sakit dan kepalanya yang pusing, untuk menunjang tercapainya tujuan asuhan keperawatan secara maksimal dan menghasilkan yang diinginkan sesuai dengan kriteria hasil yang sudah di tetapkan, maka sudah beberapa tindakan yang dilakukan yaitu, memonitoring saturasi oksigen, memonitor tekanan darah, memonitor tanda dan gejala primer penurunan curah jantung, monitor keluhan nyeri dada, memeriksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat , memposisikan pasien semi fowler atau fowler, pemberian oksigen untuk mempertahankan saturasi oksgien >94%, tetap memberikan oksigen nasal kanul 3 lpm, dan menjalankan terapi farmakologis sesuai dengan advis dokter.

* + - * 1. **Pelaksanaan Diagnosis Keperawatan III**

 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan intervensi terlaksanakan, namum keadaan umum pasien masih kurang membaik, karena pasien merasakan sakit pada pangkal paha yang terasa sakit jika digerakan, keadaan umum pasien yang masih kurang memungkinkan dan untuk menunjang tujuan asuhan keperewatan sesuai dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan.

 Maka sudah beberapa tindakan yang dilakukan untuk meringankan dan mempermudah pasien untuk sampai dititik yang diinginkan, yaitu : melakukan identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor kelelahan fisik atau emosional, memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, memberikan teknik relaksasi latihan rentang gerak pasif dana tau aktif, membantu pasien melakukanaktivitas secara bertahap, memberikan edukasi tentang strategi koping untuk mengurangi kelelahan, tetap menjalankan terapu farmakologis sesuai dengan advis dan perintah doktetr yang sudah ditetapkan.

* 1. **Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. (Meirisa, 2013). Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai.

**Evaluasi Diagnosis Keperawatan I**

Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dengan hasil masalah teratasi setelah dilakukan pengkajian asuhan keperawatan selama 3x24 jam, dan terapi yang dapat dilakukan mandiri dirumah tetap dilakukan sesuai dengan anjuran dokter, dan hasil evaluasi pada diagnosis tersebut sudah sesuai dengan kriteri hasil yang sudah ditentukan sebelumnya.

**Evaluasi Diagnosis Keperawatan II**

 Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan after load dengan hasil masalah teratasi setelah dilakukan pengkajin asuhan keperawatan selama 3x24 jam, tetap menjaga kondisi pasien dan selalu mengatur pola hidup sehat serta terapi-terapi mandiri yang dapa dilakukan dirumah tetap dilaksanakan sesuai dengan anjuran dokter yang sudah ditetapkan, dan dan hasil evaluasi pada diagnosis tersebut sudah sesuai dengan kriteri hasil yang sudah ditentukan sebelumnya.

**Evaluasi Diagnosis Keperawatan III**

 Intoleransi aktivitas berhubunga dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dengan hasil masalah teratasi, setelah dilakukan nya pengkajian asuhan keperawatan selama 3x24 dengan melakukan tindakan yang sudah terjadwal sebelumnya sehingga menghasilkan hasil intervensi yang sesuai apa yang diharapkan, dan pasien tetap kesehatan dan pola aktivitas, hasil intervensi pada diagnosis tersebut sudah sesuasi dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan sebelumnya.

 Sehinggga pada waktu dilaksanakan evaluasi semua tujuan sudah dapat terselesaikan dengan yang diharapkan karena timbulnya kerja sama yang baik serta komunikasi terkoordinasi antara perawat, pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya. Sehingga hasil dari evaluasi Ny. S sudah sesuai dengan harapan para tim kesehatan dan keluarga denga masalah kesehatan yang teratasi dan pasien keluar rumah dakit pada tanggal 1 Mei 2021 pukul 11.00 WIB.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus *Hipertensi Heart Failure (HHF)* di Ruang A1 Jantung Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat beramanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawaatan klien dengan kasus *HipertensI Heart Failure (HHF)*.

* 1. **Simpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien kasus *Hipertensi Heart Failure (HHF)* maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagi berikut :

**pada pasien dengan *hipertensive heart failure* (*hhf*)**

1. Pengkajian pada pasien dengan *hipertensive heart failure* (*hhf*)**,** Pasien susah bernafas, pasien mengatakan nyeri pada kepala, dada dan pusing, dan sesak napas, badan terasa lemah dan seperti tidak bertenaga. Tekanan darah 176/100 mmHg, Suhu : 36,2℃, Nadi : 87 x/menit, RR : 22, SPO2 : 96%, dan pasien terpasang oksigen nasal kanul
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien diagnose *hipertensive heart failure* (*hhf*)**,** Bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan, Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, dan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
3. Perencanaan yang dilakukan pada pasien dengan *hipertensive heart failure* (*hhf*)**,** Membantu pasien dalam posisi semi-Fowler, Mengajarkan pasien tarik napas dalam, melakukan pengecekan dan monitoring tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas, memberikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, memonitor dan menanyakan pola istirahat pasien selama MRS dan Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan dan melakukan peregangan otot-otot.
4. Implementasi yang dilakukan pada pasien dengan *hipertensive heart failure* (*hhf*)**,**  monitor tekanan darah, memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen dan memonitor kelelahan fisik dan emosional. Tindakan mandiri keperawatan pada pasien *Hipertensi Heart Failure (HHF)* menganjurkan keluarga dan pasien dapat turut serta dalam pelaksanaan intervensi hal ini dikarenakan peran orang terdekat dan keluarga mampu memberikan efek positive dan pencegahan timbulnya hipertensi.
5. Evaluasi pada pasien dengan *hipertensive heart failure* (*hhf*)**,**  bersihan jalan napas maish tidak efektif pasien masih batuk, Pasien mengatakan nyeri kepala, dada nya yang sesak dan terasa pusing, Pasien nampak terbaring lemah di tempat tidur dan pucat, sehingga masalah masih belum teratasi dan pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya hubungan komunikasi yang baik dengan keluarga pasien, tim kesehatan, tim gizi. Maka hasil evaluasi selsma dirumah sakit pasien Ny. S sudah sesuai apa yang diharapkan oleh keluarga, masalah teratasi dan pasien keluar rumah sakit pada tanggal 1 Mei 2021 pukul 11.00 WIB
6. Dokumentasi asuhan keperawatan pada *Hypertension heart disease* (HHD), telah menggunakan sistem SIMRS dan RM tetap di gunakan untuk penulisan awal dan selanjutnya di dokumentasikan pada aplikasi SIMRS yang ada di RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
	1. **Saran**

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memmberikan saran sebagai berikut :

* + 1. **Bagi Perawat**
1. Untuk menciptakan asuhan keperawatan yang diharapkan maka perawat harus membangun komunikasi dan kepercayaan satu sama lain antar pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai seorang petugas pelayanan kesehatan yang berkompeten sebaiknya memiliki pengetahuan, keterampilan, dan tanggap serta memiliki jiwa kerja sama yang tinggi antar tenaga kesehatan yang lain nya.
3. Untuk peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang professional, sebaiknya diadakan seminar kesehatan atau diadakannya penyuluhan yang membahas masalah kesehatan yang mayoritas terjadi pada pasien
4. Pengetahuan seorang perawat harus lebih ditingkatkan lagi untuk menjaga mutu pelayanan dalam menjalankan asuhan keperawatan di ruangan.
5. Meningkatkan pengetahuan konsep manusia secara komprehensif sehingga nantinya mampu menerapkan asuha keperawatan dengan baik dan sesuai dengan strandar operasional prosedur yang berlaku.
	* 1. **Bagi Pasien**
6. Menyarankan dan memberikan edukasi tentang pencegahan dan cara mengatasi rasa sesak dengan cara relaksasi napas dalam dan memanagemen istirahat tidur pada pasien
7. Harus teratur meminum obat rutin hipertensi dengan baik dan harus rajin menjaga pola makan sehari-hari pasien.
8. Diharapkan pasien dapat mengubah pola hidup lebih sehat, menekan faktor resiko seperti: hipertensi dan tetap melakukan cek kesehatan rutin karena merupakan tindakan yang sangat penting dilakukan untuk memperbaiki kondisi gagal jantung yang terjadi.
	* 1. **Bagi Keluarga Pasien**

Diharapkan keluarga pasien bisa berperan sebagai supporting educartive system dalam program rehabilitatif pasien gagal jantung dirumah. Keluarga pasien dapat memberikan dukungan dan pertolongan dalam setiap aktifitas yang dilakukan pasien agar pasien dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

* + 1. **Bagi Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan penulis selanjutnya dapat menggunakan atau memanfaatkan waktu seefektif mungkin, dan dapat lebih teliti dalan melakukan pengkajian serta pengolahan data yang menyeluruh dengan tepat dan akurat sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien secara maksimal.

**DAFTAR PUSTAKA**

Brunner & Suddarth. (2015). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12 volume 1. Jakarta : EGC

Muttaqin, Arif. 2009. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguaan sistem Kardiovaskuler.* Jakarta: Salemba Medika

Udjianti, Wajan Juni.2013. *Keperawatan Kardiovaskular*. Cetakan Ketiga. Jakarta : Penerbit Salemba Medika

Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah.* Yogyakarta: Nuha Medika

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler, A. C. (2014). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien.* Jakarta: EGC.

Aaronson, I. Philip. and Ward, P.T. Jeremy., 2010. *At a Glance Sistem* *Kardiovaskuler*. Jakarta : EGC

<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20120507/073786/masalah-hipertensi-di-indonesia/><https://www.litbang.kemkes.go.id/laporan-riset-kesehatan-dasar-riskesdas/>

PAPDI, 2014. *Buku* Ajar *Ilmu Penyakit Dalam.* VI. Jakarta: Interna Publishing.

<http://septiawanputratanjung.blogspot.co.id/2015/12/sop-pemasangan-elektrokardiogram-ekg.html>

<https://hellosehat.com/jantung/gagal-jantung/gagal-jantung-kanan/>

<https://www.docdoc.com/id/info/condition/aphasia>

<https://hellosehat.com/jantung/anatomi-jantung/>

**LAMPIRAN**

**SOP PADA PASIEN HIPERTENSI**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Pengertian
 | Hipertensi adalah kondisi terjadinya peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari ≥ 140 mmHg dan atau diastolik ≥ 90 mmHg. |
| 1. Tujuan
 | Sebagai acuan tatalaksana penyakit hipertensi. |
| 1. Kebijakan
 | Di bawah tanggung jawab dan pengawasan dokter umum. |
| 1. Referensi
 | Permenkes RI Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. |
| 1. Prosedur
 | **Anamnesis (Subjective)**KeluhanKeluhan hipertensi antara lain : sakit/nyeri kepala, gelisah, jantung berdebardebar, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, dan rasa sakit di dada. Keluhan tidak spesifik antara lain tidak nyaman kepala, mudah lelah dan impotensi.Faktor Risiko1. Hal yang tidak dapat dimodifikasi : umur, jenis kelamin, riwayat hipertensi dan penyakit kardiovaskular dalam keluarga.2. Hal yang dapat dimodifikasi : pola makan, konsumsi alkohol berlebihan, aktifitas fisik kurang, merokok, obesitas, dislipidemia, diabetes melitus, psikososial dan stres.**Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (Objective)**Pemeriksaan fisik Pasien tampak sehat, dapat terlihat sakit ringan-berat, tekanan darah meningkat sesuai JNC VII, nadi dapat tidak normal. Pasien juga diperiksa kondisi jantungnya (JVP, batas jantung, bising jantung).Pemeriksaan penunjangDilakukan pemeriksaan penunjang bila diperlukan : urinalisis (proteinuri), tes gula darah, tes kolesterol, EKG.**Penegakan diagnosis (Assessment)**Diagnosis klinis Ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.*Klasifikasi tekanan darah berdasarkan JNC VII*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Klasifikasi** | **TD Sistolik** | **TD Diastolik** |
| Normal | <120 mmHg | <80 mmHg |
| Pre-Hipertensi | 120-139 mmHg | 80-89 mmHg |
| Hipertensi stage-1 | 140-159 mmHg | 80-99 mmHg |
| Hipertensi stage-2 | ≥160 mmHg | ≥100mmHg |

Diagnosis banding :a. Proses akibat *white coat hypertension.*b. Proses akibat obat.c. Nyeri akibat tekanan intraserebral.d. Ensefalitis.**Penatalaksanaan komprehensif (Plan)**1. Modifikasi gaya hidup : penurunan berat badan, pengaturan pola makan, pembatasan intake natrium, aktifitas fisik aerobik, pembatasan konsumsi alkohol.2. Pemberian obat anti hipertensi1. Hipertensi tanpa *compelling indication*
2. Hipertensi stage-1 dapat diberikan diuretik (HCT 12.5-50 mg/hari, furosemid 2x20-80 mg/hari), atau pemberian penghambat ACE (captopril 2x25-100 mg/hari atau enalapril 1-2 x 2,5-40 mg/hari), penyekat reseptor beta (atenolol 25-100mg/hari dosis tunggal), penghambat kalsium (diltiazem *extended release* 1x180-420 mg/hari, amlodipin 1x2,5-10 mg/hari, atau nifedipin *long acting* 30-60mg/hari) atau kombinasi.
3. Hipertensi stage-2.

Bila target terapi tidak tercapai setelah observasi selama 2 minggu, dapat diberikan kombinasi 2 obat, biasanya golongan diuretik, tiazid dan penghambat ACE atau antagonis reseptor AII (losartan 1-2 x 25-100 mg/hari) atau penyekat reseptor beta atau penghambat kalsium.1. Hipertensi dengan *compelling indication*

|  |  |
| --- | --- |
| Indikasi khusus | Obat yang direkomendasikan |
| Diuretik | BB | ACEi | ARB | CCB | Antagonis aldosteron |
| Gagal jantung | √ | √ | √ | √ |  | √ |
| Pasca AMI |  | √ | √ |  |  | √ |
| Resiko tinggi peny koroner | √ | √ | √ |  | √ |  |
| DM | √ | √ | √ | √ | √ |  |
| Peny ginjal kronik |  |  | √ | √ |  |  |
| Pencegahan stroke berulang | √ |  | √ |  |  |  |

1. Untuk krisis hipertensi, dapat diberikan nifedipin sub lingual 10 mg (dapat diulang).

**Komplikasi**Hipertrofi ventrikel kiri, proteinurea dan gangguan fungsi ginjal, aterosklerosis pembuluh darah, retinopati, stroke atau TIA, infark myocard, angina pectoris, serta gagal jantung**Kriteria rujukan**a. Hipertensi dengan komplikasi.b. Resistensi hipertensi.c. Krisis hipertensi (hipertensi emergensi dan urgensi). |
| 1. Diagram Alir
 | Petugas menetapkan diagnosis hipertensiModifikasi gaya hidupTarget tekanan darah **tidak tercapai <140/90 mmHg**, ATAU **<130/80 mmHg** padapasien DM, penyakit ginjal kronik, memiliki >3 faktor risiko, ada penyakit tertentuObat-obatan inisialTanpa indikasi khususDengan indikasi khususTarget TD belum tercapai**Stage I**Diuretik tiazid, dapat dipertimbangkan ACEi, BB, CCB, atau kombinasi**Stage II**Kombinasi 2 obatSesuai tabel obat yang direkomendasikan untuk indikasi khususOptimalkan dosis atau kombinasikan dengan obat antihipertensi lain. Pertimbangkan konsultasi dokter spesialis |

**SOP PEMERIKSAAN EKG**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pengertian**  | Pemeriksaan Elektrokardiografi (EKG) adalah tindakan untuk merekam aktivitas listrik jantung dari Nodus Sinoatrial yang dikonduksi dalam jantung yang mengakibatkan jantung berkontraksi sehingga dapat direkam melalui elektroda yang dilekatkan pada kulit  |
| **Tujuan**  | Untuk mengetahui ada tidaknya abnormalitas fungsi maupun struktur organ jantung  |
| **Kebijakan**  | Tindakan EKG dilakukan di Inst. Elektromedik, Inst. Rawat Inap, Inst. Ins. Rawat Jalan dan Inst. Gawat darurat (Peraturan Direktur RS Jiwa Daerah Surakarta tentang Kebijakan Pelayanan)  |
| **Prosedur**  | 1. **Persiapan Alat**
	1. Alat monitor EKG lengkap siap pakai & kondisi baik
	2. Kapas Alkohol
	3. Jelly khusus EKG
	4. Tissu

 1. **Persiapan Pasien**
	1. Pasien dan keluarga diberi penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan
	2. Pastikan kondisi pasien tenang, kooperatif dan dapat dipasang elektroda

1. **Pelaksanaan**
	1. Cek identitas pasien
	2. Pasang sampiran
	3. Lakukan cuci tangan
	4. Atur posisi pasien tidur terlentang
	5. Buka dan longgarkan pakaian pasien bagian atas. Bila pasien memakai jam tangan, gelang dan logam lain dilepas.
	6. Bersihkan kotoran dan lemak dengan menggunakan kapas alcohol pada daerah dada, kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai dilokasi pemasangan manset elektroda.
 |
|  | 1. Oleskan jelly pada permukaan elektroda
2. Pasang manset elektroda pada kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai.
3. Sambung kabel EKG pada kedua pergelangan tangan dan kedua tungkai pasien, untuk sadapan ekstremitas LEAD (LEAD I, II, III , AVR,AVL,AVF) dengan cara sebagai berikut :
	1. Warna merah pada tangan kanan
	2. Warna kuning pada tangan kiri
	3. Warna hijau pada kaki kiri
	4. Warna hitam pada kaki kanan.
4. Pasangkan elektroda ke dada untuk merekam precardical :

 V1 : Pada intercosta ke 4 pada garis sternum sebelah kanan  V2 : Pada intercosta ke 4 pada garis sternum kiri  V3 : Pertengahan antara V2 dan V4  V4 : Pada intercosta ke 5 pada axilla bagian belakang kiri.  V5 : Pada axilla sebelah depan kiri  V6 :Pada intercosta ke 5 pada mid axilla 1. Lakukan perekaman secara berurutan sesuai dengan pemilihan LEAD yang terdapat pada mesin EKG.
2. Beri identitas pasien pada hasil rekaman
3. Rapikan pasien dan peralatan.
4. Cuci tangan
5. Mendokumentasikan pada lembar tindakan

 1. **Interprestasi**

 Hasil interpretasi EKG dibaca oleh dokter umum jaga IGD  1. **Pengambilan**

Petugas instalasi pengirim mengambil hasil bacaan EKG ke instalasi elektromedik.   |
| **Unit terkait**  | Inst Elektomedik, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gawat darurat  |
| **Referensi**  | Buku Petunjuk Pengoperasian EKG  |